



INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK

R A P O R T

INICIATIVA E SURVEJANCËS SË OBEZITETIT NË MOSHËN FËMINORE (COSI)

NË REPUBLIKËN E SHQIPËRISË: REZULTATET E VITIT 2016



RAPORT

**INICIATIVA E SURVEJANCËS SË OBEZITETIT NË
MOSHËN FËMINORE (COSI)**

**NË REPUBLIKËN E SHQIPËRISË: REZULTATET E
VITIT 2016**

**INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK
TIRANË, SHTATOR 2016**

INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK

Raport

INICIATIVA E SURVEJANCËS SË OBEZITETIT NË MOSHËN
FËMINORE (COSI)

NË REPUBLIKËN E SHQIPËRISË: REZULTATET E VITIT 2016

AUTORËT E RAPORTIT

Jolanda HYSKA

Genc BURAZERI

Arjan BREGU

© Autorët

Të gjitha të drejtat e rezervuara janë të autorëve. Marrja dhe përdorimi i materialeve nga persona jo të autorizuar përbën shkelje dhe dënohet sipas ligjit

PËRMBAJTJA E LËNDËS

1. HYRJE: Epidemia në rritje e obezitetit: sfidë që kërkon adresimin.....	5
e mjedisit obezogjenik dhe elementëve kritike përgjatë gjithë jetës	
2. Qëllimi dhe objektivat e studimit	9
3. Metoda e studimit të obezitetit në fëmijët e moshës	
shkollore \8-8.9 vjeç	10
4. Popullata në studim	10
5. Metoda e kampionimit	11
6. Mënyra e përfshirjes dhe e menaxhimit të fëmijëve që	
munguan \ose që refuzuan	12
7. Instrumentet e vlarësimit	12
8. Trajnimi i stafit të përfshirë në studim mbi mënyrën e mbledhjes,	
hedhjes dhe administrimit të të dhënave	14
9. Krijimi i databazës dhe analiza e të dhënave	15
10. Përkufizime dhe klasifikime të përdorura	16
11. Rezultate dhe diskutime	18
12. Përfundime dhe rekomandime	47
13. Falenderime	56
14. Referenca	57

SHKURTIME

ADHS	Studimi Demografik dhe Shëndetësor Shqiptar (<i>Albania Demographic and Health Survey</i>)
COSI	Iniciativa për Vlerësimin e Obezitetit në Moshën Fëminore (<i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i>)
IOFT	Task-Forca Ndërkombëtare e Obezitetit (<i>International Obesity Task Force</i>)
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
FM	Fakulteti i Mjekësisë
BMI	Treguesi i masës trupore (Body Mass Index)
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë

1. HYRJE:

EPIDEMIA NË RITJE E OBEZITETIT: SFIDË QË KËRKON SI ADRESIMIN E MJEDISIT OBEZOGJENIK DHE TË ELEMENTËVE KRITIKE PËRGJATË GJITHË JETËS

A) Përkufizimi i Obezitetit

Në mungesë të kriterëve të përcaktuara që përkufizojnë obezitetin në fëmijëri në bazë të përmbajtjes dhjamore të gjithë trupit dhe marrëdhënien e saj me rezultatet shëndetësore, në përgjithësi janë përdorur vlerat kufi (limit) në bazë të shpërndarjeve të matjeve antropometrike (p.sh., pesha dhe treguesi i masës trupore-BMI).

Disa ekspertë dhe grupe këshilluese kanë rekomanduar BMI si masë të preferuar për vlerësimin e obezitetit mes fëmijëve dhe adoleshentëve të moshës 2 deri në 19 vjeç. BMI shpreh marrëdhënien peshë-për-gjatësi si një raport, që është pesha (në kg) / [gjatësi (në metra)] ². Ekspertët rekomandojnë BMI, sepse ajo mund të matet lehtë, është e lidhur fort me përqindjen e yndyrës trupore (sidomos nivelet ekstreme të BMI), është e lidhur dobët me lartësinë (gjatësinë), dhe identifikon individët e dhjamur (obezë) në mënyrë të saktë, me një saktësi të pranueshme në limitin e sipërm të shpërndarjes (p.sh., 85 apo 95 percentile për moshë dhe gjini).

b) Implikimet në moshën e rritur për fëmijët mbipeshë dhe obezë

Analizat sistematike konfirmojnë vazhdimësinë e obezitetit nga fëmijëria në moshë të rritur. Mbipesha dhe obeziteti në fëmijëri dhe adoleshencë shoqërohen me rezultate negative socio-ekonomike, rritje të risqeve shëndetësore dhe sëmundshmërisë, si dhe rritje të shkallës së vdekshmërisë në moshë të rritur.

Në veçanti fëmijët janë sot në risk për obezitet. Mbipesha konsiderohet sot si çrregullimi më i zakonshëm i kësaj moshe në rajonet evropiane të OBSH-së, duke marrë parasysh që 20% e fëmijëve sot janë mbipeshë dhe rreth 1/3 e tyre janë obezë. Pjesa më e madhe e fëmijëve mbipeshë apo obezë jetojnë në vendet në zhvillim, ku shkalla e rritjes ka qenë më shumë se 30% më e lartë se ajo e vendeve të zhvilluara. Në rajonin e vendeve të Afrikës anëtare të OBSH-së, numri i fëmijëve mbipeshë apo obezë është rritur nga 4 deri në 9 milionë gjatë të njëjtës periudhë.

Pa ndërhyrje, foshnjat dhe fëmijët e vegjël

obezë ka të ngjarë të vazhdojnë të jenë obezë gjatë fëmijërisë, adoleshencës dhe moshës madhore.

Obeziteti në fëmijëri është i lidhur me një gamë të gjerë të komplikimeve të rënda shëndetësore dhe një rritje të riskut të shfaqjes së parakohshme të sëmundjeve, duke përfshirë diabetin dhe sëmundjet e zemrës. Ushqyerja ekskluzive me gji nga lindja deri në moshën 6 muajshe është një mënyrë e rëndësishme për të ndihmuar në parandalimin e foshnjave për tu bërë mbipeshë apo obezë më vonë.

Çdo aspekt i mjedisit në të cilën fëmijët janë konceptuar, lindur dhe rritur mund të kontribuojnë në riskun e tyre për t'u bërë mbipeshë apo obezë.

Zgjedhja e ushqimeve të shëndetshme për fëmijët është kritike për shkak se preferencat ushqimore formohen që në jetën e hershme. Ushqyerja e tyre me ushqime me përmbajtje të lartë në energji, yndyrnë, sheqerna dhe kripë është një kontribues i rëndësishëm për obezitetin në fëmijëri. Bota gjithnjë e më shumë e urbanizuar dhe dixhitalizuar ofron pak mundësi për aktivitet fizik nëpërmjet lojës së shëndetshme. Duke qenë mbipeshë apo obezë tejzvogëlohen mundësitë e fëmijëve për të marrë pjesë në aktivitete fizike në grup. Ata pastaj mund të bëhen edhe më pak fizikisht aktiv, me gjasë të bëhen më shumë mbipeshë me kalimin e kohës.

Nëse trendet aktuale do të vazhdojnë, numri i fëmijëve mbipeshë apo i obezë në nivel global do të rritet në 70 milion deri në vitin 2025, që do të thotë më i predispozuar për të zhvilluar diabet të tipit 2, hipertension dhe pagjumësi, çrregullime psikologjike dhe sociale.

Zakonet e përfuara në fëmijëri, lidhur me

dietën dhe aktivitetin fizik nuk ndryshojnë lehtësisht gjatë jetës. Prandaj parandalimi dhe frenimi i rritjes së obezitetit në moshën fëmimore dhe në atë në zhvillim paraqet sot një sfidë për shëndetin publik.

c) Shkaqet e obezitetit

Shkaku themelor i obezitetit dhe mbipeshës është një çekuilibër i energjisë mes kalorive të konsumuara dhe kalorive të shpenzuara. Globalisht, ka pasur: një marrje të rritur të ushqimeve të pasura në energji dhe me përmbajtje të lartë në yndyrë; dhe një rritje të pasivitetit fizik për shkak të natyrës gjithnjë e më sedentare të shumë proceseve të punës, duke ndryshuar mënyrat e transportit, dhe rritjen e urbanizimit.

Ndryshimet në modelet e dietës dhe aktivitetit fizik janë shpesh rezultat i ndryshimeve mjedisore dhe shoqërore të lidhura me zhvillimin dhe mungesën e politikave mbështetëse në sektorë të tillë si shëndetësia, bujqësia, transporti, planifikimi urban, mjedisi, përpunimi i ushqimit, shpërndarja, marketingu dhe arsimi.

Shkaqet e epidemisë së obezitetit janë komplekse. Struktura e shoqërisë sot, politikat dhe zhvillimi socio-ekonomik kanë kontribuar në krijimin e një "*ambienti obezogen*" që inkurajon sjelljet me risk drejt obezitetit. Në thuajse të gjitha vendet e rajonit obeziteti është më i përhapur midis kategorive të ulëta sociale, atyre që kanë më pak të ardhura, nivel më të ulët arsimor si dhe më shumë vështirësi për tu trajtuar dhe mjekuar. Të dhënat tregojnë që në vendet e varfra, por me një zhvillim të shpejtë, po ndeshet një rritje e shpejtë e obezitetit.

Një shkak tjetër i dukshëm i rritjes së

obezitetit është edhe moskryerja e mjaftueshme e një aktiviteti fizik dhe situata vazhdon të përkeqësohet. Mjedisi ku jetohet (shtëpi, shkollë, punë, etj.) shpesh dekurajon aktivitetin fizik. Kështu, edhe distanca nën 5 km që mund të përshkohen me këmbë ose biçikletë, preferohen të bëhen me makinë duke reduktuar ndjeshëm mundësitë e një aktiviteti fizik të vlefshëm për një jetë të shëndetshme. Sipas OBSH-së, një i rritur duhet të bëjë të paktën 30 minuta/ditë aktivitet fizik të moderuar ndërsa fëmijët duhet të bëjnë të paktën 60 minuta aktivitet fizik/ditë. Një nivel i tillë aktiviteti rrit gjatësinë e jetës së njeriut nga 3-5 vjet.

Obeziteti ka disa shkaqe që ndërliken me njëri-tjetrin:

- **Gjenetika dhe epigjenetika.**

Megjithëse shumica e rasteve të obezitetit nuk buron nga një gjen i vetëm, sërish ndikimet gjenetike duket se janë të pranishme.

- **Mjedisi.** Me normat e obezitetit në rritje dhe grupin e gjeneve që mbetet relativisht i pandryshuar, mjedisi gjithashtu ndikon tek obeziteti. *Obeziteti* pasqyron ndërveprimin midis gjeneve dhe mjedisit. Gjatë katër dekadave të shkuara, kërkesa për aktivitet fizik është ulur ndërsa bollëku i ushqimit është rritur.

- **Marrëdhëniet sociale.** Mund të ndikojnë tek obeziteti. Mundësia që një person të bëhet obez rritet nëse një mik, vëlla, ose bashkëshort bëhet obez.

- **Mbingrënia.** Jetojmë në një mjedis që na ekspozon në një bollëk ushqimesh me shumë kalori dhe shumë yndyrna, dhe që janë të disponueshme, relativisht të lira, shumë të

reklamuar dhe mjaft të shijshme. Ushqimi është i disponueshëm kudo, gjatë gjithë kohës—kryesisht falë fast-food-eve. Edhe më alarmante janë porcionet jashtëzakonisht të mëdha dhe ushqimet e gatshme që ofrojnë kombinime të tilla. Për fat të keq, ushqimet me densitet të ulët energjie zakonisht janë më të shtrenjta dhe më pak të volitshme se ushqimi me densitet të lartë energjie.

- **Pasiviteti fizik.** Mjedisi ynë gjithashtu nxit pasivitetin fizik. Jeta kërkon pak përpjekje—përdorim ashensorët për të ngjitur shkallët, automobilët për të lëvizur në qytet, pulsantët ulin xhamat e dritareve dhe telekomanda ndërron kanalet televizive nga larg. Teknologjia moderne ka zëvendësuar aktivitetin fizik në shtëpi, punë dhe transport. Pasiviteti ndikon në shtimin e peshës dhe në një shëndet të dobët. Ndjekja e televizionit, lojërat elektronike dhe përdorimi i kompjuterit ndikojnë shumë në pasivitetin fizik.

d) Situata e obezitetit dhe mbipeshës në nivel global

Gjatë tre dekadave të fundit prevalenca e obezitetit dhe mbipeshës është rritur ndjeshëm. Globalisht, rreth 170 milionë fëmijë (të moshës nën 18 vjet) janë vlerësuar të jenë mbipeshë. Prevalenca më e lartë e mbipeshës në fëmijëri është në vendet me të ardhura mesatare dhe të larta, dhe, kur të merren si një grup, vendet me të ardhura të ulëta kanë nivelin më të ulët të prevalencës.

Edhe në Europë obeziteti ka arritur përmasa epidemike.. Prevalenca e mbipeshës është trefishuar në 30 vitet e fundit.

Përsa u përket fëmijëve të moshës shkollore

6-9.9 vjeç, Iniciativa e Organizatës Botërore të Shëndetësisë për vlerësimin e obezitetit në moshën feminare, së fundi ka filluar të ndjekë nivelet e obezitetit tek fëmijët në rreth 15 vende, duke përdorur standardet e rritjes së fëmijëve të OBSH-së. Analiza e parë, bazuar në të dhënat e viteve 2007-2008 të 13 shteteve, nxori në pah se 24 për qind e fëmijëve të moshës 6-9 vjeç janë mbipeshë, duke u hasur në një interval nga 19% në 49% mes djemve dhe nga 18% në 43% mes vajzave, dhe një interval obeziteti nga 6% to 26.6% mes djemve dhe nga 5% në 17% mes vajzave. Prevalenca më e lartë e mbipeshës u vu re në Itali, Portugali dhe Slloveni (bazuar në referencat e rritjes së fëmijëve të OBSH-së, 2007).

Një fazë e dytë e mbledhjes së të dhënave është kryer në vitin 2010 me përfshirjen e 17 shteteve.

Në vazhdim, katër shtete të tjera, mes tyre edhe Shqipëria, u është bashkuar shteteve pjesëmarrëse në fazën e tretë të mbledhjes së të dhënave për vitin shkollor 2012-2013 dhe në fazën e katërt që është në zbatim në periudhën 2015-2016.

e) Situata e mbipeshës dhe e obezitetit feminor në Shqipëri

Në Shqipëri, mbipesha dhe obeziteti janë një faktor risku i rëndësishëm për shëndetin, veçanërisht për sëmundjet jo të transmetueshme. Ky faktor risku vepron që në moshën e fëmijërisë. Situata e tanishme tregon se në Shqipëri ekzistojnë njëkohësisht të dy format e kequshqyerjes: nënushqyerja dhe mbiushqyerja. Të dhënat e ADHS-së, 2008-2009, nxorën në pah se rreth 22 për qind e fëmijëve të moshës nën pesë vjeç janë mbipeshë ose obezë, ndër-

kohë që mes të rriturve mbi 15 vjeç, 53% e meshkujve 15-49 vjeç ishin mbipeshë (prej të cilëve 9% obezë) dhe 39% e grave të së njëjtës grup-moshë rezultuan mbipeshë (prej të cilave 10% obezë).

Të dhënat e studimit të ISHP-së të kryer në vitin 2013 (bazuar në shpërndarjen e masës trupore të fëmijëve (BMI) sipas vlerave kufi të OBSH-së tregojnë se 22.4% e fëmijëve të moshës 8-8.9 vjeç në nivel kombëtar ishin mbipeshë (përfshirë edhe obezitetin), prej të cilëve 7.9 % obezë. Vetëm 1.5% e fëmijëve ishin të dobët.

Referuar vlerësimit sipas IOTF-së, po në këtë studim të dhënat treguan se 14.4% e fëmijëve në nivel kombëtar ishin mbipeshë (përfshirë edhe obezitetin), prej të cilëve 3.3% obezë. Vetëm 1.6% e fëmijëve ishin të dobët.

Lidhur me adoleshentët (grup-mosha 15-19 vjeç) sipas ADHS 2008-2009, prevalenca e mbipeshës ishte më e lartë midis djemve (20.5%) se sa midis vajzave (7.9%). Përqindja e djemve dhe e vajzave 15-19 vjeç obezë ishte respektivisht 1.3% dhe 1.4%.

f) Efektet shëndetësore të obezitetit në fëmijëri

Prevalenca e lartë e mbipeshës dhe obezitetit ka dhe pasoja të rënda shëndetësore. Rritja e indeksit të masës trupore (BMI) është një faktor i madh risku për sëmundje të tilla si sëmundjet kardiovaskulare, diabeti i tipit 2 dhe shumë kancere (përfshirë, për shembull, kancerin kolorektal, kancerin në veshka dhe kancerin esophageal). Këto sëmundje shkaktojnë jo vetëm vdekjen e parakohshme, por edhe sëmundshmëri afatgjatë. Përveç kësaj, mbipesha dhe obeziteti tek fëmijët janë të lidhur me ulje

të konsiderueshme të cilësisë së jetës dhe një risk më të madh të ngacmimit, fyerjeve dhe izolimit social.

Për shkak të rritjes së shpejtë të prevalencës obezitetit dhe pasojave të rënda në shëndet publik, obeziteti konsiderohet zakonisht si një nga sfidat më serioze të shëndetit publik në fillim të shekullit të 21-të.

Mbipesha dhe obeziteti, si dhe sëmundjet

e lidhura me to janë kryesisht të parandalueshme. Mjediset mbështetëse dhe komunitetet janë themelore në formësimin e zgjedhje të njerëzve, duke i bërë zgjedhjen e shëndetshme të ushqimeve dhe aktivitetin e rregullt fizik si zgjedhjet më të lehta (të arritshme, të disponueshme dhe të përballueshme), në parandalimin e obezitetit.

2. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT

Qëllimi i këtij studimi është të masë tendencat e mbipeshës dhe obezitetit mes fëmijëve shqiptarë të moshës 8.0–8.9 vjeç për të kuptuar më saktë ecurinë e kësaj epidemie dhe për të mund ta ndryshuar atë, duke lejuar edhe krahasimet e situatës kombëtare me vendet e rajonit Evropian. Survejanca e obezitetit në moshën fëmimore është një proces sistematik, i vazhdueshëm i mbledhjes së të dhënave, analizës, interpretimit dhe shpërndarjes së informacionit përshkrues për monitorimin e peshës së tepërt trupore tek fëmijët e moshës fëmimore (e cila është tashmë e identifikuar si një problem serioz e shëndetit publik në rajonin evropian të OBSH-së, përfshirë edhe Shqipërinë) dhe i përdorimit për planifikim të programeve dhe vlerësimit të tyre.

Ky studim, për herë të dytë, do të jetë pjesë e sistemit të vlerësimit të të dhënave rutinë, që ofrojnë informacione më të mira për të

kuptuar drejt dhe saktë problemin e obezitetit tek fëmijët, në nivel evropian – COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*). Zbatimi i këtij sistemi të mbikqyrjes së thjeshtë, të standardizuar, të harmonizuar dhe të qëndrueshme synon në mbushjen e boshllëkut aktual në informacionet gjatësore (*longitudinale*) në statusin e ushqyerjes, në trajtimin dhe monitorimin e epidemisë së obezitetit tek fëmijët dhe në identifikimin e grupeve në risk. Është me vlerë të theksohet se ai mund të bashkohet me protokolle të tjerë për të vlerësuar impaktin e ndërhyrjeve parandaluese në shkolla.

Në këtë raund të mbledhjes së të dhënave objektivat tona kryesore janë matja e:

- Peshës trupore, gjatësisë trupore dhe treguesit të masës trupore (BMI),
- Prevalencës së nënpeshës, mbipeshës dhe obezitetit, mesatares dhe medianes

së BMI-së,

- Ndryshimit në kohë të prevalencës së mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët e të njëjtës grup moshe,

- Disa karakteristikave mjedisore lidhur me ushqyerjen dhe aktivitetin fizik të fëmijëve në mjediset shkollore,

- Disa treguesve të thjeshtë mbi konsumin e ushqimeve dhe pijeve tek fëmijët, si dhe shkallës së aktivitetit të tyre fizik,

- Vlerësimit për herë të parë të shpërndarjes së obezitetit sipas grupeve me nivel të ndryshëm socio-ekonomik.

- Përdorimi i të dhënave në orientimin e luftës kundër pabarazive.

- Zbatimin e programeve dhe masave në përputhje me problemet dhe nevojat për përmirësimin e faktorëve mjedisore për fëmijët, sidomos për fëmijët mbipeshë dhe obezë.

- Sigurimin e një shpërndarje më të barabartë të treguesve të shëndetit dhe qasjeje në kujdes e cila, në afat të gjatë, do të kontribuojë në mbulimin universal shëndetësor të popullsisë shqiptare.

3. METODA E STUDIMIT TË OBEZITETIT NE FËMIJËT E MOSHËS SHKOLLORE 8.0-8.9 VJEÇ

Metodologjia e përdorur është ajo studimit të një kampioni të përzgjedhur (fëmijë që frekuentojnë klasat e shkollave fillore të

vendit).

Matjet në klasë përfshinë periudhën nga 15 mars deri në 12 maj 2016.

4. POPULLATA NË STUDIM

Popullata në studim përbëhet nga fëmijë që frekuentojnë respektivisht klasat e 2-ta dhe të 3-ta të shkollave të sistemit 9-vjeçar të vendit (ku është e arritshme kjo grup-moshë).

Kjo grup-moshë ishte targeti edhe i raundit të mëparshëm të COSI-t në Shqipëri (2012-2013). Arsyeja për zgjedhjen e të njëjtës grupmoshë ka të bëjë me nevojën për të vlerësuar

tendencat e obezitetit dhe mbipeshës tek fëmijët e kësaj moshe në Shqipëri. Nga ky këndvështrim, krahasimi i niveleve të mbipeshës dhe obezitetit në fëmijët e së njëjtës grupmoshë (8.0-8.9 vjeç) do të sigurojë informacion të vlefshëm për bërjen e politikave të bazuara në dëshmi, dhe për dizejnim (hartim) dhe zbatim efektiv të programeve të ndërhyrjes. Ky grup është një nga katër grupmoshat e rekomanduara edhe nga OBSH-si kampion i përshtatshëm për studim, (në kuadrin e vlerësimit të obezitetit tek fëmijët në nivel evropian – *European Childhood Obesity Surveillance Initiative*. Këto grup-mosha janë zgjedhur për shkak se

ato i paraprijnë moshës së pjekurisë si dhe për të eliminuar dallimet e mundshme mes shteteve, që mund t'i atribuohen ndryshimeve në moshën e pubertetit. Gjithashtu, në këto mosha, identifikimi i obezitetit është i vlefshëm për të parashikuar gjendjen në moshën e rritur. Për më tepër, rreth moshës gjashtë vjeç, fillon reagimi adipozitar (fillimi i periudhës së dytë të rritjes së shpejtë të yndyrës trupore) Për më tej sugjerohet që përpjekjet parandaluese me target fëmijët para fillimit të pubertetit janë të rëndësishme në reduktimin e rasteve të obezitetit dhe promovimin e përmirësimit të tij.

5. METODA E KAMPIONIMIT

Në këtë raund të dytë të mbledhjes së të dhënave në Shqipëri, u ndërmor një studim i tipit transversal (kros-seksional) i cili përfshiu një kampion përfaqësues në nivel kombëtar të fëmijëve të moshës 8.0-8.9 vjeç, duke përzgjedhur një mostër mbarëkombëtare të shkollave. Metoda e kampionimit të përdorur është: kampion me grupe (klastera) në dy faza/stade, në përputhje me metodologjinë e përshkruar në literaturën ndërkombëtare për studime të këtij lloji. Një përshkrim i shkurtër i dizejnimit të mostrës dhe numrit të shkollave dhe klasave të përfshira është dhënë më poshtë: Bazuar në metodologjinë e sugjeruar, në studim duhej të përfshihej një minimum prej

≈2800 fëmijëve (1400 djem dhe 1400 vajzat) Duke supozuar një normë të përgjigjes prej 90%, madhësia e kërkuar e mostrës do të duhej të ishte 3100 fëmijë (për të marrë minimumin e madhësisë së mostrës synuar të 2800 fëmijëve). Efekti i studimit: 1.2 (bazuar në analizën e studimit HBSC. Për më tepër, duke supozuar një mesatare prej 25 nxënësve për klasë, 124 / 140 klasa do të jetë e nevojshme për të arritur madhësinë e fundit rekomanduar mostrës të 2800 nxënësve për grup-moshë në shënjestër. Duke u bazuar në këto përlllogaritje, u vendos që si mostër përfundimtare të përfshiheshin 125 klasa. Më pas u bë përzgjedhja dhe hartimi i listës përfundimtare të shkollave që

do të përfshiheshin në studim. Siç theksohet nga protokoli COSI i OBSH-së, për analizën kros-seksionale u përdorën vetëm të dhënat

e fëmijëve që ishin saktësisht 8.00-8.99-vjeç (nga klasa e dytë dhe klasa e tretë).

6. MËNYRA E PËRFSHIRJES DHE E MENAXHIMIT TË FËMIJËVE QË MUNGUAN OSE QË REFUZUAN

Në studim u përfshinë të gjithë fëmijët e klasave të II dhe të III të përzgjedhura nga kampionimi, të pranishëm në ditën e kryerjes së matjeve antropometrike, pavarësisht nga mosha e tyre. Nuk u parashikua asnjë rikthim në klasë për fëmijët që mungonin në ditën e matjeve. Ishte parashikuar që fëmijët, prindërit e të cilëve nuk do të lejonin pjesëmarrjen në matje të mos përfshiheshin. Nuk pati asnjë refuzim nga ana e prindërve lidhur me pjesëmarrjen e fëmijëve të tyre në këtë studim. Refuzim pati vetëm nga dy fëmijë

gjatë procesit të matjeve antropometrike në klasa. Në konsideratë u morrën edhe fëmijët me defekte të rënda fizike si përsa i përket përfshirjes në procesin e intervistimit edhe të kryerjes së matjeve antropometrike. Ata u matën si gjithë fëmijët e tjerë, por rezultatet e këtyre matjeve nuk u përfshinë në databazë për t'u analizuar. Gjithashtu u plotësua çdo kërkesë e stafit të shkollave lidhur me kryerjen e matjeve antropometrike të fëmijëve të tjerë, por pa i përfshirë ato në analizën e kampionit tonë.

7. INSTRUMENTET E VLERËSIMIT

Pranë Institutit të Shëndetit Publik, Sektorit të Ushqyerjes dhe të Ushqimit u përgatitën materialet e nevojshme për realizimin e mbledhjes së të dhënave në përputhje me protokollin e mbledhjes së të dhënave sipas

COSI-t , të cilat përfshinë si më poshtë vijon:

- Modeli i letrës së informimit dhe të bashkëpunimit të stafit drejtues të shkollave dhe stafit pedagogjik, si dhe të prindërve lidhur me iniciativën për vlerësimin e rritjes

së fëmijëve.

- Formulari i ekzaminuesit për fëmijën
- Formulari i ekzaminuesit për t'u kthyer nga shkolla.
- Formulari vullnetar për prindin.

Në veçanti, për mbledhjen e informacionit që kishte të bënte me gjendjen nutricionale të fëmijës, zakoneve të tyre ushqyese dhe disa karakteristikave të mjediseve shkollorë u përgatitën 2 formularë: një i cili u plotësua nga ekzaminuesit në klasë dhe që kishte të bënte me fëmijën, dhe një i destinuar për t'u plotësuar nga stafi drejtues i shkollës ose nga mësuesit e klasave të përzgjedhura në studim, i cili kishte të bënte me mjediset shkollore.

- **Formulari i fëmijëve** përbëhej nga 13 pyetje lidhur me të dhënat demografike, dhe statusin fizik në momentin e kryerjes së matjeve antropometrike, pasi fëmija ka pranuar t'u nënshtrohet këtyre matjeve. Çdo fëmijë pavarësisht nëse pranon të matet ose jo iu kërkua informacion lidhur me konsumimin e vaktit të mëngjesit.

- **Formulari i shkollave** siguroi mbledhjen e informacionit mbi disa karakteristika të mjediseve shkollore, për të cilat ka evidencë të mjaftueshme shkencore se mund të ndikojnë në favor të shëndetit të fëmijës.

Në 17 pyetjet e formulara për drejtuesit e shkollave, vëmendje e veçantë i kushtohej informacionit lidhur me aktivitetin fizik të fëmijëve, të përfshirë në programin mësimor, si dhe mjediseve apo palestrave që shfrytëzoheshin nga fëmijët; iniciativave të ndryshme për promovimin e një mënyre jetese të shëndetshme për fëmijët e klasave në studim; pranisë së automateve apo pikave të shitjes së ushqimeve dhe pijeve, si dhe të produkteve ushqimore që fëmijët sigu-

rojnë nëpërmjet tyre, duke përfunduar me një informacion të reduktuar lidhur me sigurinë e rrugëve përreth shkollës, për frekuentimin e tyre me biçikleta apo në këmbë nga ana e fëmijëve.

- **Formulari vullnetar i prindit**, i aplikuar për herë të parë në studimin tonë në këtë raund, konsistoi në mbledhjen e disa tre-guesve të thjeshtë por shumë të rëndësishëm që kishin të bënin më së pari me disa të dhëna të fëmijërisë së hershme të fëmijës si lindja në kohë, pesha në lindje, ushqyerja ose jo me gji; disa zakone ushqimore të fëmijës së tyre si dhe shkallën e aktivitetit/pasivitetit të tyre fizik. Një grup pyetjesh fokusoheshin në nivelin socio-ekonomik të prindërve/familjes si dhe në diagnostikimin ose jo nga ana e tyre të disa gjendjeve shëndetësore specifike.

Ky pyetësor, për arsye të buxhetit të kufizuar për zbatimin e studimit, i'u shpërnda vetëm prindërve/kujdestarëve të fëmijëve të përzgjedhur në studim që frekuentonin shkollat e Qarkut të Tiranës, por, bazuar në llogaritjet paraprake të madhësisë së kampionit, duke e konsideruar këtë kampion krejtësisht të mjaftueshëm për përgjithësimin e vlefshëm dhe të besueshëm të rezultateve të studimit.

Pyetësori i'u dërgua direkt prindërve me anë të fëmijëve të tyre, të cilët e risollën në shkollë në zarf të mbyllur, prej ku u grumbulluan nga mësuesit e klasave të përfshira në studim dhe u tërhoqen një ditë më vonë nga ekzaminuesit përkatës të shkollave për në Institutin e Shëndetit Publik.

- Për kryerjen e matjeve antropometrike të fëmijëve u përdorën peshore dhe stadiometra të lëvizshëm të markës Seca (10 sete) të mundësuar që në studimin e raundit të parë 2012-13 falë mbështetjes

që ISHP-ja pati nga Organizata Botërore e Shëndetësisë. Matja e peshës u krye me anë të peshoreve Seca 813, me një shkallë saktësie ± 100 gr dhe kapacitetet matjeje

200 kg, si dhe stadiometrave të lëvizshëm Seca 213 me shkallë saktësie ± 1 mm dhe interval matjeje nga 20-205 cm.

8. TRAJNIMI I STAFIT TË PËRFSHIRË NË STUDIM MBI MËNYRËN E MBLEDHJES/ HEDHJES DHE ADMINISTRIMIT TË TË DHËNAVE

- Për realizimin me sukses të këtij studimi u krye përzgjedhja e personelit që do të realizonte studimin në të gjithë hapat e tij, si dhe trajnimi i të gjithë stafit të përzgjedhur.

- Dhjetë ekzaminues me background mjekësor (mjek dhe infermierë të lartë) dhe / ose profesionistëve të shëndetit publik (që zotëronin një diplomë në shëndet publik ose master në shëndet publik) u përzgjodhën dhe u trajnuan në një trajnim katër ditor për administrimin e pyetësorëve dhe teknikat e matjeve antropometrike, përfshirë edhe mirëmbajtjen e instrumenteve matës. Trajnimi katër-ditor konsistoi në *familjarizimin e ekzaminuesve me COSI-n*, përshkrimin e sfondit dhe të objektivave të këtij sistemi vlerësimi, udhëzimet e detajuara mbi procesin e implementimit të raundin e tij të katërt (të dytin për vendin tonë) dhe rezultatet e pritshme të projektit; *përdorimin e standardizuar të formularëve*, sipas përshkrimit në protokoll (formulari i ekzaminuesit, formulari i shkollës dhe formulari vullnetar i prindit); *ekzaminimi antropometrik sipas një procedure të paracaktuar nga OBSH-ja*, si shënimi i vlerave të

matjeve menjëherë pas leximit të tyre, aplikimi i një shkrimi të lexueshëm për të zvogëluar gabimet gjatë transferimit të të dhënave, respektimi rigoroz i teknikave të matjeve dhe procedurave të regjistrimit, procedurat e kalibrimit të instrumenteve matëse, mirëmbajtja, ruajtja dhe transportimi i instrumenteve. etj; *konsideratat etike dhe çështje të tjera të rëndësishme*, si parimet themelore të privatisë, konfidencialitetit dhe objektivitetit të të gjithë procesit; mbështetjen për fëmijët “e frikësuar”, parandalimin e stigmatizimit apo ngacmimit të fëmijëve vulnerabël; apo adresimin e pyetjeve nga fëmijët, stafi i shkollës apo prindërit.

- *U përzgjodh gjithashtu stafi teknik për hedhjen dhe menaxhimin e të dhënave si dhe u krye një trajnim 2-ditor i operatorëve dhe i administratorit të të dhënave lidhur me të gjitha aspektet që kishin të bëjnë me procesimin dhe menaxhimin e të dhënave të studimit*, si praktikimi i hedhjes dhe menaxhimit të të dhënave në databazë.

- Me qëllim standardizimin e ekzaminuesve që do të kryenin punën në terren u

krye aplikimi praktik dy-ditor i procedurave të punës në terren mbi përdorimin e standardizuar të formularëve, përputhshmërisë së tyre me procedurat e mbledhjes së të dhënave, si dhe lidhur me teknikat e kryerjes së matjeve antropometrike dhe procedurave të shkrimit

të të dhënave, duke qenë se Shqipëria edhe në këtë raund zgjodhi të përdorë paper data collection system. Ky trajnim praktik u krye në dy shkolla të qytetit të Tiranës (Misto Mame dhe Skënder Çaçi) të cilat ishin edhe shkolla të përzgjedhura për studimin.

9. KRIJIMI I DATABAZËS DHE ANALIZA E TË DHËNAVE

Të gjitha të dhënat u hodhën në SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versioni 17.0.

Analiza e të dhënave konsistoi në përshkrimin e variablave (analiza univariate: llogaritja e vlerave mesatare dhe shmangieje standarde për variablat numerikë dhe shpërndarjeve frekuenciale [vlerat absolute dhe përqindjet përkatëse] për variablat kategorikë), si dhe në aplikimin e testeve statistikore (analiza bivariate) për krahasimin e prevalencës së nënpeshës, mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët. Në mënyrë specifike, testet statistikore të përdorura në analizën aktuale konsistuan në procedurat e mëposhtme:

- Testi *hi-katror* dhe testi ekzakt i Fisherit (në rastet kur vlera e pritshme e të paktën një qelize ishte <5) për krahasimin e prevalencës së mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët sipas gjinisë (meshkuj vs. femra), vendbanimit (fshat vs. qytet), apo rrethit të përfshirë në studim.

- Regresioni logjistik binar u përdor për vlerësimin e raportit të gjasave (OR) të

mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët. Modellet fillestare konsistuan në analizë bivariate (d.m.th., vlerësimi i raportit të gjasave “bruto”, ose të paaxhustuar për variablat e tjerë). Më pas, u aplikuan modele të regresionit shumë-ndryshorësh (analizë multivariate), e cila konsistoi në vlerësimin e raportit të gjasave të mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët pas kontrollit të njëkohshëm (simultan) për të gjithë variablat apo karakteristikat e fëmijëve të përfshirë në studim. Në çdo rast (pra, si për modellet e pa-axhustuara, ashtu edhe për modellet multivariate), u llogaritën raportet e gjasave (OR), intervalet e besimit 95% si dhe vlerat e sinjifikancës (përfillshmërisë, apo domethënies) statistikore.

- Koeficientët e korrelacionit Pearson dhe Spearman (analogu jo-parametrik) u përdorën për vlerësimin e lidhjeve (shoqërimeve) lineare të variablave numerikë.

- Për të gjitha procedurat statistikore të aplikuara, u konsideruan si statistikisht të përfillshme (sinjifikante) vlerat e ≤ 0.05 .

10. PËRKUFIZIME DHE KLASIFIKIME TË PËRDORURA

Për përcaktimin e gjendjes së mbipeshës dhe të obezitetit në këtë studim u përdor indikator indirekt i vlerësimit të kësaj gjendjeje BMI (*Body Mass Index –Treguesi i Masës Trupore*). Për përcaktimin *nënpeshë, normal, mbipeshë* dhe *obez* të fëmijëve u zgjodhën për t'u përdorur vlerat kufi të përcaktuara si nga OBSH-ja (Organizata Botërore e Shëndetësisë) edhe nga IOTF-i (*International Obesity Task Force*), (Figura 1 dhe 2). Si vlera kufi të OBSH-së u përdorën vlerat e reja të propozuar në vitin 2007, për përkufizimin e peshës së tepërt tek fëmijët, të cilat më pas OBSH-ja i përshtati në kuadrin e *European Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) në të cilin Shqipëria është pjesëmarrëse për herë të dytë, në fazën e katërt të mbledhjes së të dhënave, për vitin shkollor 2015-2016. Sipas përkufizimeve të OBSH-së, prevalenca e vlerësuar për fëmijët mbipeshë përfshin

edhe ata të cilët janë të obezë.

Gjithashtu, duke qenë se vlerat kufi të BMI-së për mbipeshën dhe obezitetin, të përcaktuara nga Cole Jt et al janë të pranuar universalisht nga i gjithë komuniteti shkencor për përdorimin në studime epidemiologjike, si dhe të rekomandueshme për krahasim ndërkombëtar të prevalencës së mbipeshës dhe të obezitetit, ato u përdorën për vlerësim edhe në studimin tonë për të bërë të mundur një analizë të krahasuar shkencore me studime të ngjashme në nivele ndërkombëtare.

Për përdorim epidemiologjik për grup-moshat që shtrihen brenda një viti (p.sh. për fëmijët e moshës 8.0-9.0 vjeç) vlera kufi e mesit të vitit (në këtë rast 8.5) u përdor për vlerësimin e gjendjes nutricionalë të fëmijëve të këtij studimi, pasi siguron një vlerësim thelbësor, të paanshëm të prevalencës.

Figura 1: Përkufizimi i obezitetit fëmënor sipas OBSH-së dhe IOTF-së

Organizata	Përkufizimi i obezitetit tek fëmijët
Organizata Botërore e Shëndetësisë	<i>OBSH Reference 2007 (5 deri 19 vjeç) (58)</i> ▪ Obezë: Indeksi i masës trupore: BMI > 2 deviacion standard mbi medianën e kurbave standarde të rritjes OBSH ▪ Mbipeshë: BMI > 1 deviacion standard mbi medianën e kurbave standarde të rritjes OBSH ▪ Nënpeshë BMI < 2 deviacion standard nën medianën e kurbave standarde të rritjes OBSH
Task Forca Ndërkombëtaree Obezitetit	▪ Siguron vlerat kufi për moshën dhe gjininë e BMI-së së mbipeshës dhe të obezitetit tek fëmijët e moshës 2 deri 18 vjeç (57) ▪ Këto vlera u korrespondojnë vlerave të një të rrituri me BMI 25 (mbipeshë) ose 30 (obezitet) ▪ Nënkonsideron fëmijët me BMI më të vogël se 16, 17 dhe 18.5 të moshës adulte.

Figura 2: Vlerat kufi që u përdorën për përcaktimin e mbipeshës dhe të obezitetit tek fëmijët në bazë të moshës dhe gjinisë (sipas Cole Jt dhe bp.)

Mosha/vjeç		Nëneshë BMI ekuivalente me		Mbipeshë BMI ekuivalente me		Obezë BMI ekuivalente	
me		17 e të rriturve		25 e të rriturve		30 e të rriturve	
F	M	F	M	F	M	F	M
7	13,08	12,91	17,92	17,75	20,63	20,51	
7,5	13,09	12,95	18,16	18,03	21,09	21,01	
8	13,11	13,00	18,44	18,35	21,60	21,57	
8,5	13,17	13,08	18,76	18,69	22,17	22,18	
9	13,24	13,18	19,10	19,07	22,77	22,81	
9,5	13,34	13,29	19,46	19,45	23,39	23,46	
10	13,45	13,43	19,84	19,86	24,00	24,11	
10,5	13,58	13,59	20,20	20,29	24,57	24,77	

Fonte: Cole JT *et al.*

Përkufizimi i përdorur për **“Ushqyerja ekskluzive me gj”** është ai i dhënë nga OBSH-ja dhe e përcaktuar si: ushqyerja pa ushqim tjetër ose pije, përfshirë edhe ujin, përveç qumështit të gjirit

për 6 muaj të jetës, por që e lejon të miturin të marrë ORS, pika dhe shurupe (vitamina, minerale dhe ilaçe).

Klasifikimi i mëngjesit. Fëmija u konsiderua që kishte konsumuar mëngjes cilësisht të përshtatshëm kur ai i përgjigjej pozitivisht pyetjes mbi konsumin e mëngjesit në ditën e matjeve antropometrike, dhe më pas pyetej me hollësi mbi ushqimet që kishte konsumuar. Përfshihet si vakt mëngjesi konsumi vetëm i ujit, qumështit ose lëngut të frutave. (bazuar në manualin e procedurës për mbledhjen e të dhënave të OBSH versio-

on October 2015.)

Klasifikimi i peshës në lindje të foshnjës:

- Peshë normale në lindje : 2500 g – 4000g
- Peshë e ulët në lindje: < 2500g
- Peshë shumë e ulët në lindje: < 1500g
- Peshë ekstremisht e ulët në lindje: < 1000g

Lidhur me analizën e formularit të plotësuar nga prindërit, opsionet e përgjigjeve të pyetjeve u klasifikuan në dy kategori:

- sjellje të shëndetshme, dhe
- sjellje me risk në shëndet

bazuar në rekomandime shëndetësore ndërkombëtare dhe aplikuar edhe në analiza të tjera shkencore në nivel evropian .

11. REZULTATE DHE DISKUTIME

A. Gjendja nutricionale e fëmijëve

Analiza e rezultateve të studimit të obezitetit të fëmijëve të moshës 8-8.99 vjeç treguan se kampionimi përzgjedhi 3624 fëmijë nga 125 shkolla të sistemit 9-vjeçar për të qenë pjesë e këtij vlerësimi. Prej tyre 18 fëmijë rezultuan të ishin larguar nga shkolla në momentin e kryerjes së studimit, ndërsa 233 prej tyre nuk ishin të pranishëm në ditën e kryerjes së

matjeve antropometrike.

Duke qenë se metodologjia nuk përfshinte një rikthim të ekipit të ekzaminuesve në shkollat e përzgjedhura për rimatjen e nxënësve që mungonin në ditën e matjeve, rrjedhimisht këta fëmijë nuk u bënë pjesë të analizës. (Tabela 1) Ndërkohë nga kampioni i fëmijëve të disponueshëm për matje (3373 fëmijë) vetëm dy fëmijë nuk pranuan të maten.

Tabela 1: Shpërndarja e kampionit të përzgjedhur për studim

Nxënës shkolle	Numër	Përqindje	Përqindja kumulative
Të pranishëm	3373	93,1	93,1
Të larguar nga shkolla	18	,5	93,6
Të munguar ditën e matjeve	233	6,4	100,0
Totali	3624	100,0	

Këta fëmijë vinin nga 9 prefektura (Tabela 2) të ndarë respektivisht 66.1% e tyre nga zonat urbane dhe 33.9% nga zonat rurale të

vendit, dhe një shpërndarje gjinore të përafërt (52.5% djem dhe 47,5% vajza) dhe moshë mesatare 8.52 vjeç.

Tabela 2: Shpërndarja e fëmijëve të përfshirë në studim sipas vendbanimit të tyre

Qarku	Numër	Përqindje	Përqindja e vlefshme	Përqindja kumulative
		1,5	1,5	1,5
DIBER	352	9,7	9,7	11,3
	325		9,0	20,2
ELBASAN	271	7,5	7,5	27,7
	398	11,0	11,0	38,7
KORCE	255	7,0	7,0	45,7
SHKODER	291	8,0	8,0	53,8
TIRANE	1426	39,3	39,3	93,1
	250	6,9	6,9	100,0
Totali		100,0	100,0	

Në kohën e matjeve pohuan se nuk kishin fëmijëve kundrejt 71.5% që kishin ngrënë konsumuar mëngjes atë ditë 28.5% e mëngjes. (Tabela 3)

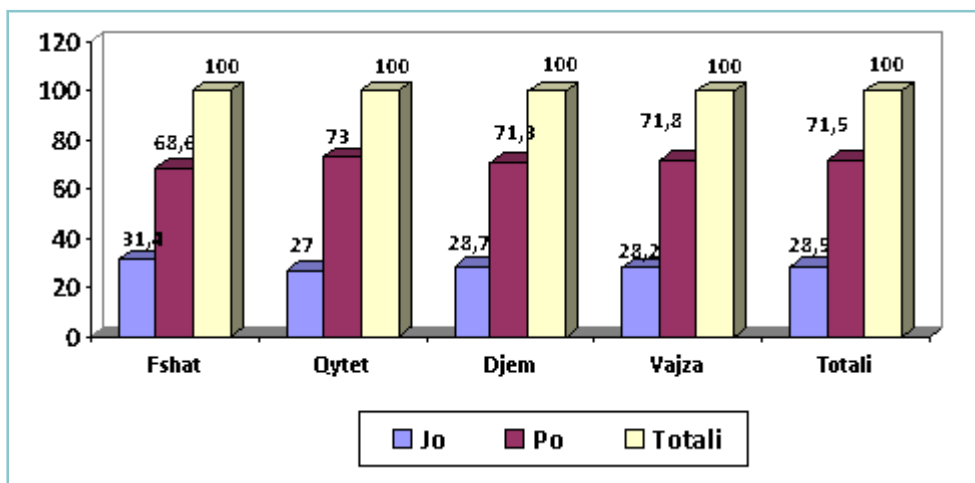
Tabela 3: Konsumi i mëngjesit sipas fëmijëve

Konsumi i mëngjesit	Frekuenca	Frekuenca në përqindje	Përqindja kumulative
Jo	960	28,5	28,5
Po	2413	71,5	100,0
Totali	3373	100,0	

Numri i fëmijëve që nuk kanë konsumuar mëngjes sipas gjinisë nuk paraqiti ndonjë diferencë të dukshme (28.2 % e vajzave kundrejt 28.7 % e djemve). Ndërsa mes

zonave urban/rurale rezultoi pa konsum të vaktit të mëngjesit 27% e fëmijëve nga zona urbane dhe 31.4 % nga zona rurale. (Figura 1)

Figura 1: Vetëdeklarimi i konsumit të mëngjesit mes fëmijëve (%)



Për përcaktimin e gjendjes nutriceionale të fëmijëve që në fillim të studimit u vendos të bëhet vlerësimi i tyre nëpërmjet përcaktimit të BMI-së duke përdorur si vlerat kufi të OBSH-së dhe ato të IOTF-së (të paraqitura

në detaje tek përshkrimi i metodologjisë më lart). Tabela 4 paraqet një përmbledhje të karakteristikave antropometrike të kampionit të fëmijëve të përzgjedhur për studim.

Tabela 4. Karakteristikat antropometrike të një kampioni përfaqësues fëmijësh të moshës 8.0-8.99 vjeç, 2016

Treguesi antropometrik	Djem (N=1758)		Vajza (N=1613)		Totali (N=3371)	
BMI	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)
Pesha(kg)		27.6 (24.7-31.9)	27.6±6.1	26.4 (23.5-30.1)	28.4±6.4	27.0 (24.2-31.0)
Gjatësia(cm)	131.7±6.0	131.5 (127.6-135.7)	130.2±6.3	130.1 (126.2-134.2)	131.0±6.2	130.9 (127.0-135.0)
BMI (kg/m ²)	16.7±2.8	15.9 (14.9-17.6)	16.1±2.6	15.6 (14.4-17.2)	16.4±2.7	15.7 (14.7-17.4)

Në vijim jepet shpërndarja e masës trupore të fëmijëve (BMI) sipas vlerave kufi të OBSH-së. Vihet re se 21.7% e fëmijëve ishin mbipeshë (përfshirë edhe obezitetin), prej të cilëve 9.2% obezë. Vetëm 3.0% e fëmijëve ishin të dobët (Tabela 5).

Tabela 5: Shpërndarja e gjendjes nutricionalë të fëmijëve në bazë BMI-së sipas kriterëve të OBSH-së (N=3371)

Gjendja nutricionalë	Frekuenca	Frekuenca në përqindje	Përqindja kumulative
I dobët	101	3,0	3,0
Mbipeshë	423	12,5	15,5
Obezë	310	9,2	24,7
Normal	2537	75,3	100,0
Totali	3371	100,0	

Referuar rezultateve të përftuara vihet re një diferencë shumë e ndjeshme dhe domethënëse ($p < 0.001$) e ndeshjes së obezitetit mes fëmijëve të të dyja gjinive. (Tabela 6) Numri i djemve obezë (12.3%) është mbi dy herë më i lartë se ai i vajzave obezë (5.8%) ndërkohë që mbipesha ndeshet në të njëjtat nivele në të dyja gjinitë (respektivisht 12.9%

për djemtë dhe 12.2% për vajzat). I njëjti koment ka vlerë edhe përsa i përket fëmijëve mbipeshë dhe obezë të ndeshur mes zonave të ndryshme të vendbanimit (urban/rural). Fëmijët e zonës urbane janë shumë me mbipeshë (14.7% kundrejt 8.2%) dhe obezë (11.5% kundrejt 4.6%) në raport me fëmijët e zonës rurale ($p < 0.001$). (Tabela 6)

Tabela 6: Shpërndarja e BMI-së sipas karakteristikave demografike të fëmijëve dhe kritereve të OBSH-së (N=3371)

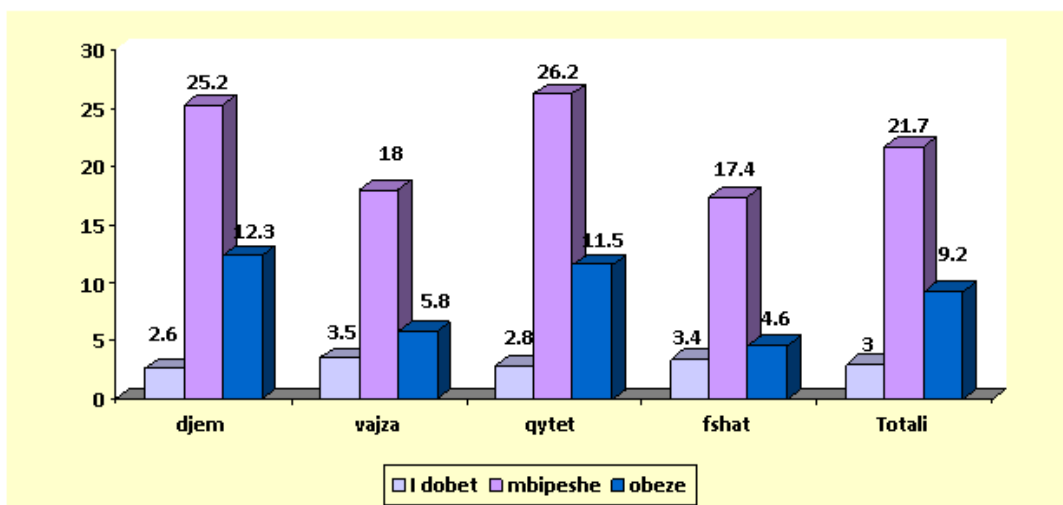
Faktorët demografike	I dobët (N=101)	Normal (N=2537)	Mbipeshë (N=423)	Obezë (N=310)	P-value [†]
Gjinia:					
Djem	45 (2.6)*	1269 (72.2)	227 (12.9)	217 (12.3)	<0.001
Vajza	56 (3.5)	1268 (78.6)	196 (12.2)	93 (5.8)	
Vendbanimi:					
Urban	63 (2.8)	1591 (71.0)	330 (14.7)	258 (11.5)	<0.001
Rural	38 (3.4)	946 (83.8)	93 (8.2)	52 (4.6)	

* Ne numra dhe përqindje (në kllapa).

[†] Vlerat e përfillshmërisë statistikore nga testi hi-katror

Fëmijët mbipeshë (përfshirë edhe ata ndeshen më së shumti mes djemve dhe në obezë në vlerat e llogaritjes më poshtë) zonat urbane. (Figura 2)

Figura 2: Shpërndarja e mbipeshës* dhe obezitetit tek fëmijët në bazë të gjinisë dhe vendbanimit sipas kritereve të OBSH-së (në %)



*Mbipesha këtu përfshin edhe obezitetin.

Ndërsa nga vlerësimi i BMI-së sipas kritereve të IOTF-së 16% e fëmijëve rezultoi mbipeshë (përfshirë edhe obezë) ku 4.5% e tyre ishin obezë. (Tabela 7)

Tabela 7: Shpërndarja e gjendjes nutricionalë të fëmijëve në bazë BMI-së sipas kritereve të IOTF-së (N=3371)

Gjendja nutricionalë	Frekuenca	Frekuenca në përqindje	Përqindja kumulative
I dobët	95	2,8	2,8
Mbipeshë	388	11,5	14,3
Obezë	152	4,5	18,8
Normal	2736	81,2	100,0
Totali	3371	100,0	

Sikurse edhe në analizën e të dhënave sipas OBSH-së, edhe në rastin e vlerësimit të gjendjes nutricionalë të fëmijëve sipas kritereve të IOTF-së u vu re e njëjta tendencë e shpërndarjes së mbipeshës dhe obezitetit

tek fëmijët sipas gjinisë (djem/vajza) dhe zonave të banimit (urban/rural) por me një ndryshim të pritshëm të këtyre vlerave në shifra, pasi vlerat kufi të rekomanduara nga OBSH-janë më të rrepta. (Tabela 8)

Tabela 8: Shpërndarja e BMI-së sipas karakteristikave demografike të fëmijëve dhe kritereve të IOTF-së (N=3371)

Faktorët demografike	I dobët (N=95)	Normal (N=2736)	Mbipeshë (N=388)	Obezë (N=152)	P-value [†]
Gjinia:					
Djem	25 (1.4)*	1415 (80.5)	221 (12.6)	97 (5.5)	<0.001
Vajza	70 (4.3)	1321 (81.9)	167 (10.4)	55 (3.4)	
Vendbanimi:					
Urban	59 (2.6)	1736 (77.4)	317 (14.1)	130 (5.8)	<0.001
Rural	36 (3.2)	1000 (88.6)	71 (6.3)	22 (1.9)	

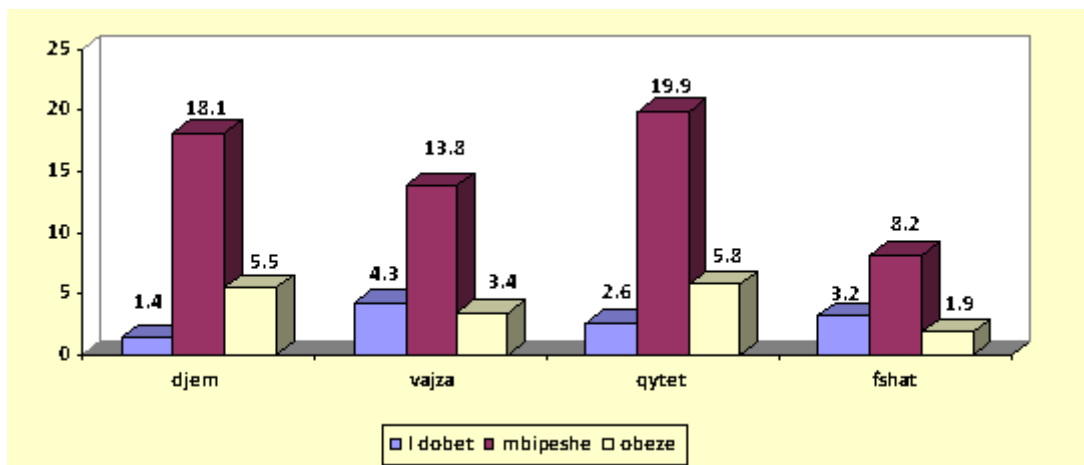
* Ne numra dhe përqindje (në kllapa).

[†] Vlerat e përfillshmërisë statistikore nga testi hi-katror.

Kështu rezultuan djem mbipeshë 18.1% e tyre (përfshirë edhe obezët) kundrejt 13.8% e vajzave. Obeziteti shpërndahej mes tyre respektivisht 5.5% djem dhe 3.4% vajza (p<0.001). Diferencë sinjifikative (p<0.001) u ndesh edhe mes fëmijëve që

jetojnë në zona të ndryshme rezidenciale. Fëmijë mbipeshë në qytet ishin 19.9% kundrejt 8.2% në fshat, ndërsa përsa i përket obezitetit 5.8% e obezëve jetonin në qytet kundrejt 1.9% e tyre në fshat. (Figura 3)

Figura 3: Shpërndarja e mbipeshës* dhe obezitetit tek fëmijët në bazë të gjinisë dhe vendbanimit sipas kritereve të IOTF-së (në %)



* Mbipesha këtu përfshin edhe obezitetin.

Prirja e konsumit të mëngjesit mes fëmijëve në lidhje me gjendjen e tyre nutricionale, paraqitet e ngjashme pavarësisht vlerave cut-off të përdorura për vlerësimin e BMI-së (Figura 4), dhe pa ndonjë ndryshim statisti-

kisht sinjifikativ në nivelin e konsumit të mëngjesit mes fëmijëve me peshë normale dhe atyre me mbipeshë dhe/ose obezë referuar vlerave cut-off të OBSH-së ($P=0.641$). (Tabela 9)

Figura 4 : Shpërndarja e fëmijëve (%) në bazë të BMI-së dhe konsumit të mëngjesit (OBSH versus IOTF)

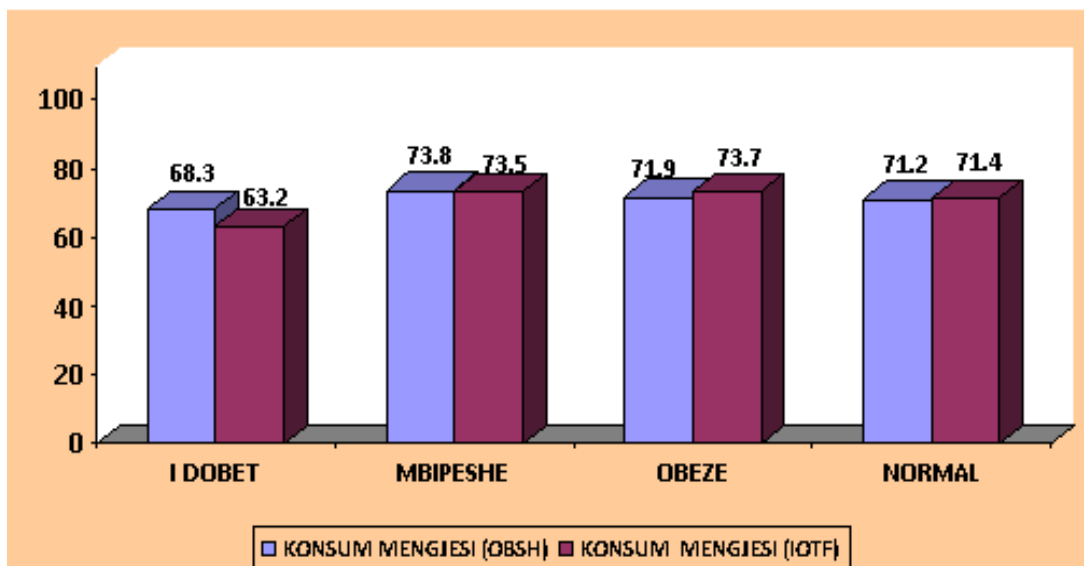


Figura 4/1: Shpërndarja e fëmijëve (%) në bazë të BMI-së dhe konsumit të mëngjesit (OBSh)

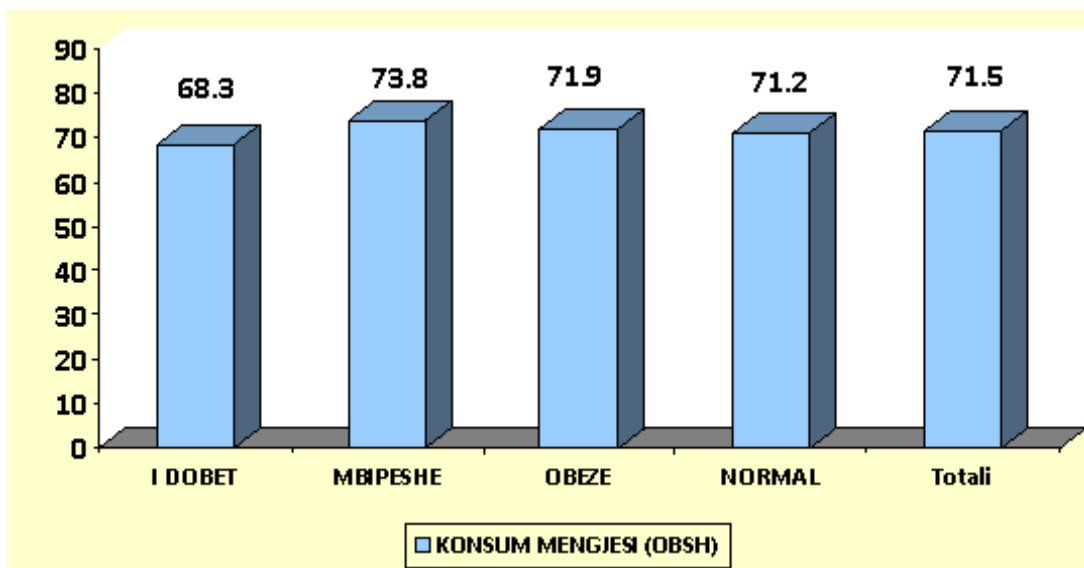


Tabela 9: Shpërndarja e fëmijëve (%) në bazë të BMI-së dhe konsumit të mëngjesit (OBSh)

BMI_OBSh		Konsumon mëngjes		Totali
		JO	PO	
I dobët	numër	32	69	101
	%	31.7%	68.3%	100.0%
mbipeshë	numër	111	312	423
	%	26.2%	73.8%	100.0%
obezë	numër	87	223	310
	%	28.1%	71.9%	100.0%
normal	numër	730	1807	2537
	%	28.8%	71.2%	100.0%
Totali	numër	960	2411	3371
	%	28.5%	71.5%	100.0%

Fëmijët u matën në varësi të orarit të zhvillimit të mësimin në shkollë, ku një pjesë e tyre i frekuentonin ato paradite dhe një pjesë pasdite. Fëmijët e matur pasdite u pyetën edhe nëse ata kishin ngrënë drekë apo jo. Nga të dhënat (Tabela 10), rezultoi se ka ndryshim statistikisht shumë sinjifikativ në

prevalencën e obezitetit në varësi të kohës së matjeve antropometrike ($P=0.002$). Kështu, fëmijët e matur paradite kishin një prevalencë të obezitetit sinjifikativisht më të lartë në krahasim me fëmijët e matur pasdite (9.7% vs. 8.3%, përkatësisht)

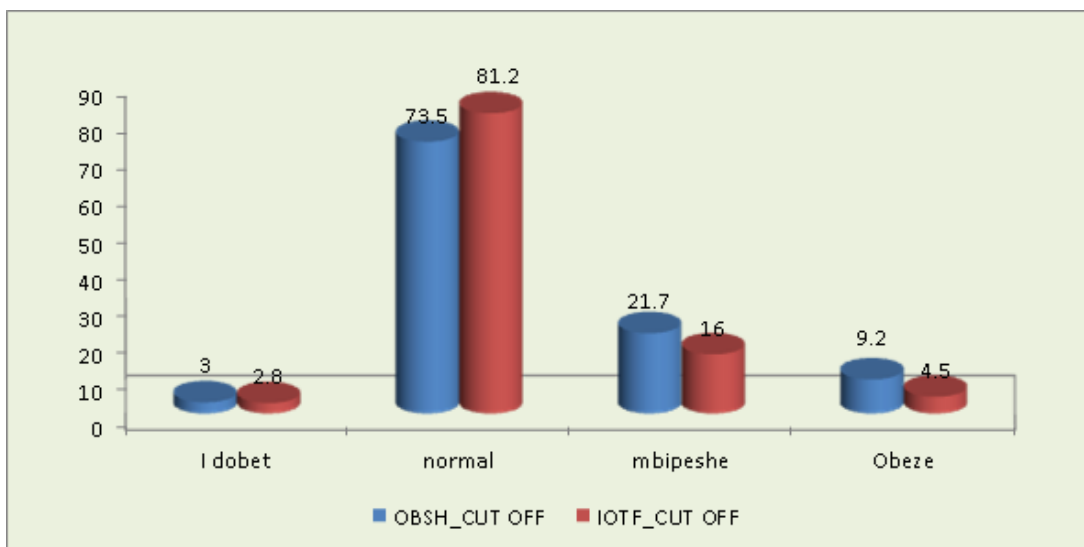
Tabela 10: Shpërndarja e fëmijëve (%) në bazë të BMI-së dhe kohës së matjeve (OBSH)

BMI_OBSH		Koha e matjeve		Totali
		paradreke	pasdreke	
I dobët	numër	73	28	101
	%	3.5%	2.2%	3.0%
Mbipeshë	numër	233	190	423
	%	11.1%	14.9%	12.5%
Obezë	numër	204	106	310
	%	9.7%	8.3%	9.2%
Normal	numër	1589	948	2537
	%	75.7%	74.5%	75.3%
Totali	numër	960	2099	1272
	%	28.5%	100.0%	100.0%

Figura në vijim paraqet një përmbledhje të shpërndarjes së gjendjes nutricionalë të fëmijëve në bazë të BMI –së, së vlerësuar

sipas vlerave kufi të përcaktuara nga OBSH-ja dhe IOTF-ja sipas karakteristikave socio-demografike. (Figura.5)

Figura 5: Shpërndarja e krahasuar e gjendjes nutricionalë të fëmijëve (ne%) në bazë të BMI –së, (OBSH- versus IOTF)



*Mbipeshë në figurë përfshin edhe obezitetin.

B. Karakteristika të fëmijërisë së hershme të fëmijës, socio-ekonomike dhe struktura e familjes

- Aplikimi për herë të parë në studimin tonë në këtë raund të formularit vullnetar të prindit, ofroi një informacion të vlefshëm mbi disa tregues të thjeshtë por shumë të rëndësishëm mbi fëmijërinë e hershme të fëmijës si lindja në kohë, pesha në lindje, ushqyerja ose jo me gj; disa zakone ushqimore të fëmijës së tyre apo dhe shkallën e aktivitetit/pasivitetit të tyre fizik.

- Një grup pyetjesh fokusoheshin mbi nivelin socio-ekonomik të prindërve/familjes si dhe në diagnostikimin ose jo nga ana e familjareve të disa gjendjeve shëndetësore specifike.

- Formularit iu shpërnda vetëm prindërve të fëmijëve të qarkut të Tiranës të përfshirë në studim. U ndanë gjithsej 1302 pyetësore prej të cilëve prindërit kthyen të plotësuar 1175 pyetësorë ose rreth 90% e pyetësorëve të shpërndarë. Ndonëse duhet theksuar se jo të gjithë pyetësoret përmbanin

përgjigje për të gjitha pyetjet e bëra. Hezimin për dhënie informacioni shpesh prindërit e kishin argumentuar me faktin se disa pyetje i konsideronin shumë personale për të dhënë informacion të hapur, ndonëse ata ishin vënë me dije paraprakisht se çdo informacion i dhënë do të trajtohej si konfidencial. Tipike ishte mos raportimi i peshës dhe gjatësisë së plotësuesit të formularit dhe bashkëshortit/bashkëshortes së tij, duke mos lejuar në këtë mënyrë një analizë shumë të rëndësishme të korrelacionit të gjendjes nutricionalë të fëmijëve me atë të prindërve të tyre.

- Gjithsesi këto të dhëna lejuan vlerësimin e ndikimit të një serë faktorësh në gjendjen shëndetësore të fëmijëve që në momentin e lindjes së tyre.

- Formulari u plotësua më së shumti nga nëna (75.3%) e më pas nga babai (24.2%) dhe vetëm 6 formulare u plotësuan nga të afërm të fëmijës si gjyshja, motra apo edhe kujdestarë të tyre. (Tabela 11)

Tabela 11: Lidhja e plotësuesit të formularit me fëmijën

Qarku	Plotësuesi i formularit	Numër	Përqindje	Përqindja kumulative
TIRANE	Jam nena	885	75,3	75,3
	Jam babai	284	24,2	99,5
	Jam i afërm	6	5	100,0
	Totali	1175	100,0	

Nga analiza e të dhënave të raportuara lidhur me peshën e fëmijës në lindje rezultoi se 8.7% e fëmijëve kishin lindur me peshë më

të ulët se 2500gr, ndërsa 8.2% e tyre me peshë më të madhe se 4000gr. (Tabela 12)

Tabela 12: Shpërndarja e peshës në lindje të fëmijëve sipas vet-raportimit të prindërve apo kujdestarëve të tyre

Vendbanimi	Numër	Përqindje	Përqindja kumulative
TIRANE	<2500	93	8,7
	2500-4000	891	83,1
	>=4000	88	100,0
	Totali	1072	100,0

Fëmijët obezë zinin edhe numrin më të lartë të fëmijëve (17.4%) të lindur mbi 4000 gr, të pasuar nga ata mbipeshë. Ndërsa mes fëmijëve të dobët 32% e tyre rezultojnë me peshë në lindje më të ulët se 2500 gr. (Tabela 13)

Tabela 13: Shpërndarja e fëmijëve sipas BMI-së dhe peshës së tyre në lindje (OBSH versus IOTF)

Vlerat Cut-off	BMI	Pesha në lindje (gr)			Totali
		<2500	2500-4000	>=4000	
OBSH	I dobët	32,0%	60,0%	8,0%	100,0%
	Mbipeshë	4,4%	83,1%	12,5%	100,0%
	Obezë	2,8%	79,8%	17,4%	100,0%
	Normal	9,6%	84,3%	6,0%	100,0%
Totali		8,7%	83,1%	8,2%	100,0%
IOTF	I dobët	29,6%	66,7%	3,7%	100,0%
	Mbipeshë	3,5%	86,6%	9,9%	100,0%
	Obezë	3,4%	70,7%	25,9%	100,0%
	Normal	9,2%	83,9%	6,9%	100,0%
Totali		8,7%	83,1%	8,2%	100,0%

Ka një ndryshim statistikisht shumë sinjifikativ në prevalencën e obezitetit në varësi të peshës së lindjes së fëmijëve ($P<0.001$). Kështu, fëmijët e lindur me peshë <2500 gram

kishin një prevalencë të obezitetit (3.2%) shumë më të ulët në krahasim me fëmijët e lindur me peshë 2500-4000 gram (9.8%), të cilët nga ana e tyre kishin një prevalencë

shumë më të ulët të obezitetit në krahasim me fëmijët e lindur me peshë ≥ 4000 gram (21.6%). E njëjta situatë edhe për prevalen- cën e mbipeshës: 7.5%, 14.9% dhe 22.7%, përkatësisht. (Tabela 14)

Tabela 14: Shpërndarja e fëmijëve (%) në bazë të BMI-së dhe peshës në lindje (OBSh)

BMI_OBSh		Pesha në lindje			Totali
		<2500	2500-4000	≥ 4000	
I dobët	Numër	8	15	2	25
	%	8.6%	1.7%	2.3%	2.3%
mbipeshë	Numër	7	133	20	160
	%	7.5%	14.9%	22.7%	14.9%
obezë	Numër	3	87	19	109
	%	3.2%	9.8%	21.6%	10.2%
normal	Numër	75	656	47	778
	%	80.6%	73.6%	53.4%	72.6%
Totali		Numër	93	891	88
		%	100.0%	100.0%	100.0%

Rreth 94.5 % e fëmijëve raportohet të kenë lindur në kohë, dhe vetëm 3.5 % e tyre kanë patur lindje preterm. Në 2% të rasteve prindërit nuk e kujtojnë këtë të dhënë. Mes fëmijëve të lindur para kohe (7.7%) pjesa më e madhe sot janë të dobët, të ndjekur nga normale e më pas mbipeshë ose obezë. (Tabela 15)

Tabela 15: Shpërndarja e fëmijëve sipas BMI-së dhe kohës së lindjes (OBSh versus IOTF)

Vlerat Cut-off BMI		Koha e lindjes			Totali
		≥ 37 javë	< 37 javë	Nuk e di	
OBSh*	I dobët	92,3%	7,7%	,0%	100,0%
	Mbipeshë	96,7%	2,2%	1,1%	100,0%
	Obezë	94,8%	2,6%	2,6%	100,0%
	Normal	94,1%	3,8%	2,1%	100,0%
Totali		94,5%	3,5%	2,0%	100,0%
IOTF	I dobët	92,9%	7,1%	,0%	100,0%
	Mbipeshë	95,7%	2,5%	1,9%	100,0%
	Obezë	93,4%	3,3%	3,3%	100,0%
	Normal	94,5%	3,6%	2,0%	100,0%
Totali		94,5%	3,5%	2,0%	100,0%

*(P=0.630)

E pritshme ishte përqindja e lartë e fëmijëve të raportuar që janë ushqyer me qumësht gjiri (95.5%) në raport me numrin e ulët të atyre që nuk ishin ushqyer asnjëherë me qumësht gjiri (3.8%). Ndërkohë që vetëm 8 të intervistuar nuk dinë të japin informacion lidhur me këtë pyetje. (Tabela16)

Tabela 16: Shpërndarja e fëmijëve të ushqyer ndonjëherë me qumësht gjiri

Fëmija i ushqyer ndonjëherë me qumësht gjiri	Numër	Përqindje	Përqindja kumulative
Po	1122	95,5	95,5
Jo	45	3,8	99,3
Nuk edi	8	7	100,0
Totali	1175	100,0	

Mes femijeve e dobët u ndesh përqindja me gjiri ne raport me gjithë fëmijët e tjerë. (e ulët e fëmijëve të ushqyer ndonjëherë me gjiri Tabela 17 dhe 18)

Tabela 17: Shpërndarja e fëmijëve sipas BMI-së dhe ushqyerjes ndonjëherë me gjiri (OBSh)

BMI_OBSh		Të ushqyer ndonjëherë me gjiri			Totali
		Po	Jo	Nuk e di	
I dobët	Numër	23	2	1	26
	%	88,5%	7,7%	3,8%	100,0%
mbipeshë	Numër	177	5	1	183
	%	96,7%	2,7%	,5%	100,0%
obezë	Numër	110	6	0	116
	%	94,8%	5,2%	,0%	100,0%
normal	Numër	811	32	6	849
	%	95,5%	3,8%	,7%	100,0%
Totali	Numër	1121	45	8	1174
	%	95,5%	3,8%	,7%	100,0%

Tabela 18: Shpërndarja e fëmijëve sipas BMI-së dhe ushqyerjes ndonjëherë me gji (IOTF)

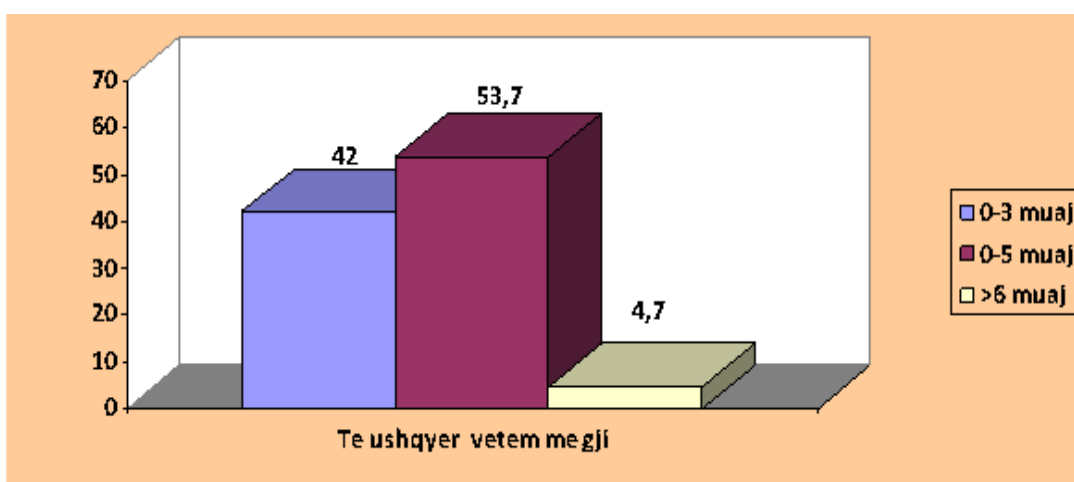
BMI_IOTF		Të ushqyer ndonjëherë me gji			Totali
		Po	Jo	Nuk e di	
I dobët	numër	25	2	1	28
	%	89,3%	7,1%	3,6%	100,0%
mbipeshë	numër	158	3	1	162
	%	97,5%	1,9%	,6%	100,0%
obezë	numër	55	6	0	61
	%	90,2%	9,8%	,0%	100,0%
normal	numër	883	34	6	923
	%	95,7%	3,7%	,7%	100,0%
Totali	numër	1121	45	8	1174
	%	95,5%	3,8%	,7%	100,0%

Mes fëmijëve të ushqyer me gji 67.7 % e tyre ishin ushqyer vetëm me gji, por me periudha të ndryshme kohëzgjatjeje.

Kështu 42% e tyre ishin ushqyer për një periudhë 0-3 muaj, ndërsa 53.7% pohohet të jenë ushqyer vetëm me qumësht gjiri per 1-5

muaj dhe vetëm 4.3% e tyre për një kohë më të gjatë. Mesatarja e ushqyerjes vetëm me gji rezultoi 4.7 muaj, më lartë me zonën rurale (4.93) muaj në raport me atë urbane (4.63 muaj).(Figura 6)

Figura 6: Shpërndarja e fëmijëve të ushqyer vetëm me gji (%)



Formulari ofroi të dhëna edhe lidhur me disa karakteristika të sjelljes së fëmijëve që bënë të mundur vlerësimin e shkallës së aktivitetit apo pasivitetit të fëmijës në aktivitetin e tij të përditshëm. Rreth gjysma e fëmijëve

(49%) e kishin shkollën në një distancë shumë të afërt me shtëpinë (më pak se 1 km), rreth një e treta e tyre 1-2 km dhe rreth 8.4 % e fëmijëve e kanë 5-6 ose më shumë km larg. (Tabela 19)

Tabela 19 : Shpërndarja e fëmijëve në bazë të largësisë së shkollës tyre nga shtëpia

Largësia e shkollës nga shtëpia	Numër	Përqindje	Përqindje kumulative
Më pak se 1 kilometër	562	49,1	49,1
1-2 kilometra	345	30,2	79,3
3-4 kilometra	141	12,3	91,6
5-6 kilometra	42	3,7	95,3
Më shumë se 6 kilometra	54	4,7	100,0
Totali	1144	100,0	

Mbi 56.7% e prindërve mendojnë se rrugët janë shumë të pasigurta (vlerësuar nga 8-10) për të ecur në këmbë ose me biçikletë, ndërkohë vetëm 13.5% e tyre mendojnë se

ato janë shumë të sigurta (vlerësuar 1-3). Të tjerët (29.8%) i mendojnë ato mesatarisht të sigurta apo të pasigurta. (Tabela 22)

Tabela 22: Siguria në rrugë për ecje nga ana e fëmijëve në këmbë/biçikletë për në shkollë

Shkalla e sigurisë në rrugë	Numër	Përqindje	Përqindje kumulative
1 (shumë e sigurt)	55	4,9	4,9
2	42	3,8	8,7
3	54	4,8	13,5
4	43	3,9	17,4
5	137	12,3	29,7
6	72	6,5	36,1
7	80	7,2	43,3
8	153	13,7	57,0
9	211	18,9	75,9
10 (shumë e pasigurt)	269	24,1	100,0
Totali	1116	100,0	

Shkalla e sigurisë vlerësohet pozitivisht më e lartë në zonat rurale (15.7%) në raport me zonat urbane (12.9 %).

Rreth 44% e prindërve pohuan pjesëmarrjen

e fëmijës së tyre në një ose më shumë klube sportive ose kurse kërcimi (p.sh futboll, atletik, not, tenis, basketboll, gjimnastik, balet, fitnes, etj .(Tabela 23)

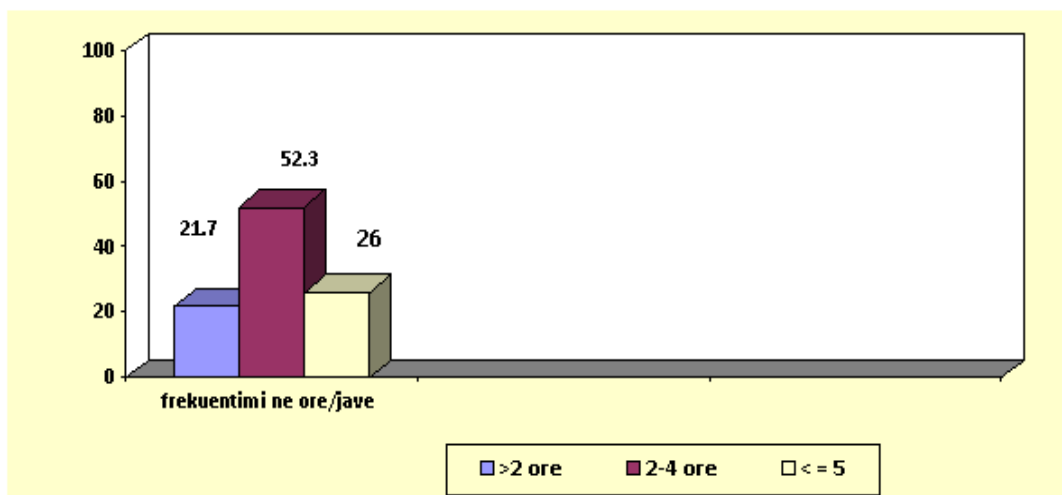
Tabela 23: Shpërndarja e fëmijëve sipas frekuentimit të një klubi sportiv

Frekuentimi i klubeve sportive	Numër	Përqindje	Përqindje kumulative
Po	509	44,0	44,0
Jo	647	56,0	100,0
Totali	1156	100,0	

Pjesëmarrja në klube sportive e fëmijëve është shumë më e lartë mes fëmijëve që banojnë në zonat urbane (45.7%) në raport

me zonat rurale (37.6%). Gjithsesi një në pesë fëmijë rezultojn me më pak se dy orë aktivitet sportiv në javë (21.7%) (Figura 7)

Figura 7: Shpërndarja e fëmijëve në frekuentimin e klubeve sportive sipas orëve të aktivitetit /javë



Vihet re një tendence e rritjes së numrit të fëmijëve obezë (52.6%) për të frekuentuar

një klub sportiv në raport me ata mbipeshë (46.4%) ose normal (42.2%). (Tabela 24)

Tabela 24: Shpërndarja e fëmijëve në bazë të BMI-së së tyre (OBSh)* dhe frekuentimit të një klubi sportiv

Frekuentimi i klubeve sportive	BMI OBSh*						Totali
			I dobët	mbipeshë	obezë	normal	
	Po	numër	13	84	60	352	509
		%	50.0%	46.4%	52.6%	42.2%	44.1%
Jo	numër	13	97	54	482		646
	%	50.0%	53.6%	47.4%	57.8%		55.9%
Totali		numër	26	26	181	114	834
		%	2,3%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

*(P=0.14)

Më poshtë jepen të dhëna lidhur me aktivitetin e përditshëm të fëmijës gjatë javës dhe në fundjavë.

Tabela 25: Shpërndarja e fëmijëve sipas orëve të gjumit që bën gjatë ditëve të javës.

Orë gjumi të fëmijës gjatë ditëve të javës	Numër	Përqindje	Përqindja kumulative
<7 ore	6	,5	,5
7-8 ore	97	8,4	8,9
9-11 ore	938	81,0	89,9
>11 ore	117	10,1	100,0
Totali	1158	100,0	

Fëmijët janë më aktivë gjatë fundjavës në raport me ditët e shkollës lidhur me kohëzgjatjen e lojrave të tyre pasi rreth 77% e tyre luajnë 1-2 orë /ditë gjatë javës dhe vetëm 10% luajnë rreth 3 orë ose më shumë. Në fundjavë janë rreth 62% fëmijët që luajnë 3 ose më shumë orë dhe 37% e tyre luajnë 1-2 orë në ditë. (Tabela 26)

Tabela 26: Shpërndarja e fëmijëve sipas aktivitetit/orë /ditë që ai kryen zakonisht në mënyrë aktive /energji në kohën e tij të lirë.

Aktiviteti / orë	Ditët e javës	Ditët e fundjavës
Kurrë	1,4	,1
Më pak se një orë në ditë	11,2	1,7
Rreth 1 orë në ditë	40,4	6,8
Rreth 2 orë në ditë	36,9	29,8
Rreth 3 ose më shumë orë në ditë	10,1	61,6

Përsa i përket shpenzimit të kohës para TV ose në pajisjeve elektronike, ka një rritje të dukshme të orëve kushtuar këtyre veprimtarive në fundjavë në raport me ditët e javës. Kështu nëse gjatë javës mbi një në katër fëmijë nuk rri fare në TV ose pajisje elektro-

nike, në fundjave ky numër bie ndjeshëm me 6 herë më pak. Ndërkohë që rritet numri i fëmijëve që rrinë mbi 2 orë përpara këtyre mjeteve (respektivisht 11% e fëmijëve gjatë javës dhe 48.4% në fundjavë. (Tabela 27)

Tabela 27: Shpërndarja e fëmijëve (%) sipas kohës / orë /ditë që ai shpenzon duke parë TV ose përdorur pajisje elektronike.

Koha/orë	Ditët e javës	Ditët e fundjavës
Kurrë	27.4	4.7
0-2 h	61.6	49
3-4 h	9,2	38,4
>4 h	1,8	10,0
Totali	100,0	100,0

Fëmijët e dobët shpenzojnë më pak orë në keto veprimtari në raport me fëmijët e tjerë, ndërkohë që fëmijët e tjerë pavarësisht BMI-

së së tyre, kanë kohë të ngjashme shpenzimi. (Tabela 28)

Tabela 28: Shpërndarja e fëmijëve në bazë të BMI-së së tyre (OBSh) dhe kohës së shpenzuar para TV / pajisje elektronike (Ditët e javës vs fundjavës)

Periudha kohore	BMI /OBSh	Koha në orë			Totali
		0-2 h	3-4 h	>4 h	
Ditë jave	I dobët	96,6%	3,4%	,0%	100,0%
	mbipeshë	89,3%	9,6%	1,0%	100,0%
	Obezë	88,3%	8,8%	2,9%	100,0%
	normal	87,3%	10,5%	2,1%	100,0%
Totali		87,9%	10,1%	2,0%	100,0%
Fundjavë	I dobët	62,5%	33,3%	4,2%	100,0%
	mbipeshë	53,0%	36,5%	10,5%	100,0%
	Obezë	49,5%	39,4%	11,0%	100,0%
	normal	51,2%	38,8%	10,0%	100,0%
Totali		51,6%	38,4%	10,0%	100,0%

Fëmijët paraqiten gjithashtu më aktivë në fundjavë edhe lidhur me përfshirjen në punë shtëpie apo lexime librash pasi mbi 53% e tyre e rritin këtë aktivitet në 2-3 e më shumë orë në raport me 23% të fëmijëve që janë po kaq aktivë gjatë javës. (Tabela 29)

Tabela 29: Koha në orë e shpenzuar nga fëmija duke bërë punë shtëpie ose lexuar libër

Aktiviteti/orë	Ditët e javës	Ditët e fundjavës
Kurrë	4,4	3,2
Më pak se një orë në ditë	26,6	14,9
Rreth 1 orë në ditë	45,7	28,8
Rreth 2 orë në ditë	18,8	37,7
Rreth 3 ose më shumë orë në ditë	4,5	15,4

Gjatë një jave të zakonshme, tre në katër fëmijë konsumojnë vaktin e mëngjesit çdo ditë me një prirje pak më të lartë konsumi te fëmijët e zonave urbane (76%) në raport me ata të zonave rurale (73%). Rreth 3.3% e fëmijëve nuk konsumojnë asnjëherë mëngjes (situatë e ngjashme për të dyja zonat e vendbanimit). (Tabela 30)

Tabela 30: Shpërndarja e fëmijëve në bazë të shpeshtësisë së konsumit të mëngjesit

Konsumon mëngjes	Shpeshtësia	Numri i fëmijëve	Vendbanimi		Totali
			Urban	Rural	
	Kurrë	numër	28	10	38
		%	3,2%	3,8%	3,3%
	1-3 ditë	numër	96	38	134
		%	10,8%	14,5%	11,7%
	4-6 ditë	numër	89	23	112
		%	10,1%	8,8%	9,8%
	Çdo ditë	numër	672	191	863
		%	75,9%	72,9%	75,2%
Totali		numër	885	262	1147
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela në vijim paraqet një korrelacion të bazë të BMI-së së fëmijëve (OBSh). shpeshtësisë së konsumit të mëngjesit në (Tabela 31)

Tabela 31: Shpërndarja e fëmijëve në bazë të shpeshtësisë së konsumit të mëngjesit dhe BMI-së (OBSh)*

Konsumon mëngjes	Shpeshtësia	Numri i fëmijëve	BMI_OBSh				Totali
			I dobët	Mbipeshë	Obezë	Normal	
	Kurrë	numër	0	7	3	28	38
		%	,0%	3,9%	2,7%	3,4%	3,3%
	1-3 ditë	numër	7	16	13	97	133
		%	29,2%	8,9%	11,5%	11,7%	11,6%
	4-6 ditë	numër	0	21	11	80	112
		%	,0%	11,7%	9,7%	9,7%	9,8%
	Çdo ditë	numër	17	136	86	624	863
		%	70,8%	75,6%	76,1%	75,3%	75,3%
Totali		numër	24	180	113	829	1146
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*(P=0.227

Më pak se 60% e fëmijëve konsumojnë fruta të freskëta çdo ditë, rreth 27% konsumojnë perime çdo ditë, më pak se gjysma e tyre (46.7%) konsumojnë mish 1-3 herë/javë, një në pesë fëmijë konsumon çdo ditë patatina

ose çokollata/karamele, një në gjashtë fëmijë konsumon çdo ditë pica /hamburger/ patate të skuqura/ byrek. Mesatarisht një në katër fëmijë nuk pi kurrë qumësht (të skremuar ose jo). (Tabela 32)

Tabela 32: Shpërndarja e fëmijëve (%) sipas shpeshtësisë së konsumit të disa pijeve dhe ushqimeve gjatë një jave të zakonshme

Pije/usqimeve	Kurrë	Më pak se Njëherë në javë	Disa ditë (1-3 dite)	Numrin më të madh të ditëve (4-6 dite)	Çdo ditë	Totali
Fruta të freskëta	1,4	2,5	16,4	20,1	59,6	100,0
Perime (përveç patates)	2,5	6,9	33,1	30,4	27,1	100,0
100% lëng frutash	3,3	13,0	29,0	25,1	29,6	100,0
Pije freskuese me sheqer	20,6	40,0	26,0	7,0	6,4	100,0
Qumësht i aromatizuar	55,6	12,5	12,8	5,7	13,3	100,0
Pije freskuese dietetike ose "light"	74,5	14,1	6,9	2,6	2,0	100,0
Qumësht me përmbajtje të ulët yndyre ose gjysëm i skremuar.	33,1	14,7	16,9	10,1	25,1	100,0
Qumësht i plotë (I paskremuar)	21,3	10,9	15,2	13,0	39,5	100,0
Djath	5,0	5,6	21,4	25,3	42,7	100,0
Kos, puding me qumësht, djath i shkrirë ose produkte të tjera bulmeti.	5,6	11,1	28,1	23,6	31,6	100,0
Mish	2,9	12,6	46,7	27,7	10,1	100,0
Peshk	7,7	50,5	33,1	6,7	2,0	100,0
Ushqime si patatina, chips,, kokoshka apo kikirikë?	6,3	33,1	24,9	13,9	21,8	100,0
Embëlsira si karamele ose çokollata.	3,1	24,1	34,4	18,7	19,7	100,0
Ushqime si biskota, kek, petulla ose byrek.	1,4	16,6	40,5	26,1	15,4	100,0
Ushqime si pizza, patate të skuqura, hamburger, byrek me sallam/salcice ose mish.	2,2	34,0	31,1	17,6	15,2	100,0

Referuar opinionit të prindërve lidhur me gjendjen nutricionalë të fëmijëve ata mendojnë se fëmija e tyre është normal në

mbi 80% të rasteve dhe mbipeshë ose obezë në rreth 12.6% të rasteve. (Tabela 33)

Tabela 33: Vlerësimi i mazhit trupor të fëmijëve sipas opinionit të prindërve/të afërmeve të tyre.

Imazhi trupor (sipas prindërve)	Numër	Përqindje	Përqindja kumulative
I dobët	82	7,1	7,1
Normal	933	80,4	87,4
Pak mbipeshë	129	11,1	98,5
Shumë mbipeshë	17	1,5	100,0
Totali	1161	100,0	

Nëse ky opinion do të krahasohet me gjendjen reale të fëmijës referuar BMI-së sipas OBSH-së rezultatet janë si vijon: prindërit me fëmijë me BMI normale vlerësojnë objektivisht këtë gjendje në 90% të rasteve. Ndryshe është perceptimi i prindërve të fëmijëve mbipeshë dhe obezë ku prirja

është që fëmija të konsiderohet më i dobët nga çfarë është realisht. Kështu vetëm 14% e prindërve të fëmijëve obezë vlerësojnë realisht këtë gjendje, ndërsa 24.6% e tyre i konsiderojnë normal dhe 61.4% i konsiderojnë pak mbipeshë. (Tabela 34)

Tabela 34 : Shpërndarja e fëmijëve në bazë të BMI-së (OBSh) dhe vlerësimit të imazhit trupor të prindërve të tyre

BMI_OBSh		Imazhi trupor sipas prindërve				Totali
		I dobët	normal	Pak mbipeshë	Shumë mbipeshë	
I dobët	numër	10	13	1	0	24
	%	41,7%	54,2%	4,2%	,0%	100,0%
mbipeshë	numër	0	132	48	1	181
	%	,0%	72,9%	26,5%	,6%	100,0%
obezë	numër	0	28	70	16	114
	%	,0%	24,6%	61,4%	14,0%	100,0%
normal	numër	72	759	10	0	841
	%	8,6%	90,2%	1,2%	,0%	100,0%
Totali	numër	82	932	129	17	1160
	%	7,1%	80,3%	11,1%	1,5%	100,0%

Formulari ofroi informacion edhe lidhur me disa gjendje shëndetësore të veçanta të anëtareve të familjes së fëmijëve të përfshirë në studim si dhe disa të dhëna të tjera socio-demografike.

Një në pesë të intervistuar pohon të jetë i diagnostikuar me hipertension dhe rreth 16 % e tyre me diabet dhe/ose hiperkolesterolemi. (Tabela 35)

Tabela 35 : Shpërndarja e familjeve më të diagnostikuar për disa gjendje të veçanta shëndetësore

Gjendja shëndetësore	Po	Jo	Nuk e di	Totali
Hipertension	21,8	73,8	4,3	100,0
Diabet	16,1	81,5	2,4	100,0
Hiperkolesterolemi	16,5	77,3	6,2	100,0

Një në tre të intervistuar rezulton mbi-peshë, dhe 1 në dhjetë obezë. (Tabela 36)

Tabela 36: Treguesi i masës trupore i të intervistuarve me vet raportim (BMI-OBSh)

BMI	Numër	Përqindje	Përqindja kumulative
<18.5	15	1,4	1,4
18.5-24.99	591	55,9	57,3
25-29.99	334	31,6	88,9
30+	117	11,1	100,0
Total	1057	100,0	

Mbipesha mes meshkujve (52%) është dy here më e lartë në krahasim me femrat (25%). (Tabela 37)

Tabela 37: Treguesi i masës trupore të të intervistuarve me vet raportim (BMIOBSH) sipas gjinisë.

Lidhja e të intervistuarit me fëmijën		BMI				Totali
		<18.5	18.5-24.99	25-29.99	30+	
Jam nëna	Numër	12	498	199	86	795
	%	1,5%	62,6%	25,0%	10,8%	100,0%
Jam babai	Numër	3	89	133	31	256
	%	1,2%	34,8%	52,0%	12,1%	100,0%
Të tjerë	Numër	0	4	2	0	6
	%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
Totali	Numër	15	591	334	117	1057
	%	1,4%	55,9%	31,6%	11,1%	100,0%

Tabela 38: Treguesi i masës trupore së bashkëshorteve të të intervistuarve me vet raportim (BMI-OBSh)

BMI	Numër	Përqindje	Përqindja kumulative
<18.5	8	,9	,9
18.5-24.99	366	42,2	43,1
25-29.99	400	46,1	89,2
30+	94	10,8	100,0
Total	868	100,0	

Rreth gjysma e të intervistuarve kanë një arsim të mesëm ose profesional (47.6%), 1 në katër persona është me arsimim të ulët dhe po kështu një në katër të intervistuar zotëron një diplomë bachelori ose më lart. (Tabela 39)

Tabela 39: Shpërndarja e nivelit më të lartë të arsimimit të kryer nga i intervistuari ose bashkëshorti i vet.

Niveli arsimor	I intervistuari/a	Bashkeshorti/ja
Shkollë 8-vjeçare ose më pak	25,9	19,7
Shkollë e mesme	38,0	43,2
Shkollë profesionale	9,6	14,1
Studime Bachelor (e lartë)	11,7	11,6
Studime Master ose më lart	14,8	11,5
Totali	100,0	100,0

Më shumë se një e katërta e familjeve (27.1%) raporton të ketë shqetësime ose vështirësi për të përfunduar muajin me të ardhurat që zotëron. Më e shpeshtë paraqitet

kjo vështirësi tek familjet me prindër me nivel të ulët arsimor në raport me ata me një shkallë më të lartë arsimimi (Tabela 40)

Tabela 40: Shpërndarja e situatës familjare të fëmijëve bazuar mbi të gjitha të ardhurat mujore të familjes dhe gradës edukimit të të intervistuarve

Situata ekonomi e familjes		Grada e arsimimit					Totali
		8-vjeçare	E mesme	Profesionale	Bachelor	Masters ose me lart	
Kalojmë mirë muajin me të ardhurat që kemi	numer	90	197	47	58	96	488
	%	31,0%	46,5%	43,5%	43,9%	58,5%	43,6%
Kalojmë pa probleme serioze muajin me të ardhurat që kemi.	numer	67	127	31	48	54	327
	%	23,1%	30,0%	28,7%	36,4%	32,9%	29,2%
Ne kemi shqetësim për të përfunduar muajin me të ardhurat që kemi	numer	56	57	20	17	13	163
	%	19,3%	13,4%	18,5%	12,9%	7,9%	14,6%
Ne mezi e përfundojmë muajin me të ardhurat që kemi.	numer	77	43	10	9	1	140
	%	26,6%	10,1%	9,3%	6,8%	,6%	12,5%
Totali	numer	290	424	108	132	164	1118
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Karakteristikë e familjes shqiptare sot është mbizotërimi i asaj me dy fëmijë (48.9%) e

ndjekur nga ajo me tre fëmijë (20.75) dhe një fëmijë (17%). (Tabela 41)

Tabela 41: Shpërndarja e përberjes familjare, sipas moshës së anëtarëve të saj (%)

Numri i anëtarëve të familjes	Njerëz ≥ 18 vjeç përfshirë dhe ju vete	Njerëz < 18 vjeç
1	7,8	17,0
2	48,9	55,5
4	16,9	4,6
≥ 6	3,7	0,9
Totali	100	100

Pjesa më e madhe e të intervistuarve punojnë në sektorin privat (33.7%) ose si të vetpunësuar (21.3%). Të papunë janë rreth 10% e tyre ndërkohë që shtëpiake rezultuan mbi 18 % e të intervistuarve. (Tabela 42)

Tabela 42: Shpërndarja e punës së keni kryer gjatë 12 muajve të fundit nga i intervistuari ose bashkeshorti i vet (%).

Puna e kryer	I intervistuari/a	Bashkeshorti/ja
Punonjës shteti	15,5	13,2
Punonjës në sektorin privat	33,7	38,0
I vetë punësuar	21,3	29,0
Student	,3	,1
Shtëpiak	18,3	8,4
I papunë, i aftë për të punuar	10,3	10,4
I papunë, i paaftë për të punuar	,5	,7
Në pension	,1	,2
Totali	100,0	100,0

43: Shpërndarja e familjeve sipas tipit të banesës ku jetojnë momentalisht (%).

Banesa	Numër	Përqindje
Shtëpi private	616	53,6
Shtëpi private që e ndani me të tjerë	10	,9
Shtëpi - gjysmë e veçuar	39	3,4
Apartament	83	7,2
Apartament që e ndani me të tjerë	389	33,8
Tjetër	13	1,1
Totali	1150	100,0

Në pjesën më të madhe të rasteve familjet jetojnë në një shtëpi në pronësi të tyre (82.2%). (Tabela 44)

Tabela 44: Shpërndarja e familjeve sipas pronësisë mbi banesën ku jetojnë momentalisht (%).

Pronësia mbi banesën	Numër	Përqindje
Pronë e juaja	939	82,2
E marrë me qera	155	13,6
Tjetër	48	4,2
Totali	1150	100,0

A. Mjediset shkollore

Formulari i detyruar i shkollave u plotësua nga drejtuesit e shkollave ose nga mësuesit e klasave të përfshira në studim. Ky formular ofroi informacion lidhur me çështje që kishin të bënin me infrastrukturën e mjediseve sportive, me programet e edukimit fizikgjatë dhe pas mësimit që zhvilloheshin nga nxënësit në shkollë, iniciativave promovuese

për një stil jetese të shëndetshëm, qasjes nga nxënësit për ushqime/pije të ndryshme në mjediset e shkollës, sigurinë e rrugëve për në shkollë, etj

Formularët u grumbulluan nga 125 shkolla, 77 prej të cilave ndodheshin në qytet dhe 48 në fshat. Formularët u plotësuan në 68% të rasteve nga drejtuesit e tyre dhe në 32% të rasteve nga mësuesit. (Tabela 45)

Tabela 45: Shpërndarja e funksionit të personelit që plotësoi formularin e shkollave

Plotësuesi i formularit	Numër	Përqindje	Përqindja kumulative
Drejtues shkolle	85	68.0	68.0
Mësues	40	32.0	100.0
Totali	125	100.0	

- Një numër i vogël shkollash (12.8%) raportuan mungesë të fushave të lojës në mjediset e jashtme të shkollës, kundrejt një numri të konsiderueshëm shkollash (52%) që raportuan mungesën e mjediseve të brendshme ku fëmijët mund të luajnë zakonisht gjatë pushimeve mes orëve të mësimit.

- Programi mësimor i aprovuar nga Ministria e Arsimit dhe e Sportit parashikon për klasat e arsimit fillor, në kuadrin e

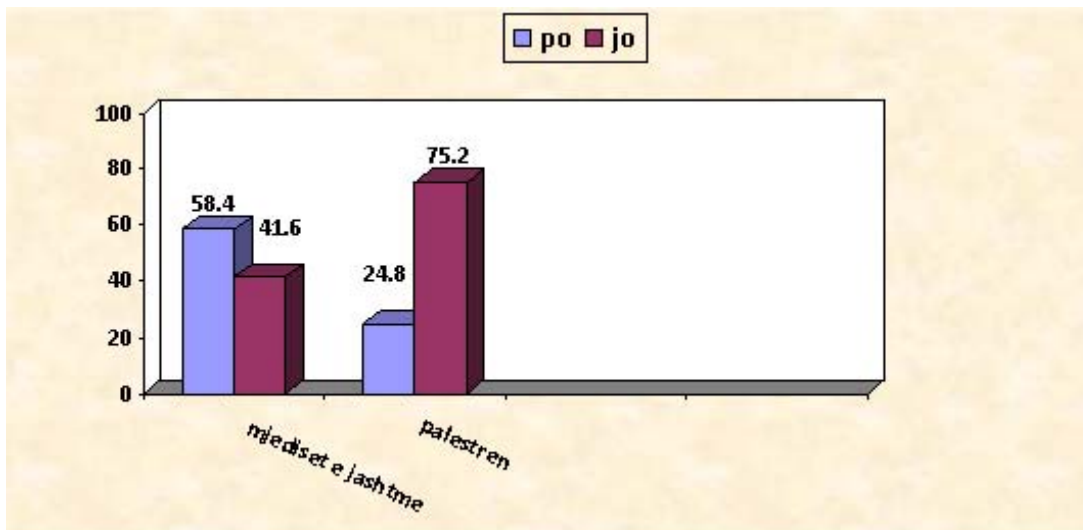
kurrikulës së detyruar për çdo klasë, zhvillimin e 3 orëve të edukimit fizik me 45 minuta/për secilën me një total prej 135 minutash në javë.

- Vetëm një shkollë lejonte që fëmijët të kryejnë lojra aktive në kushte ekstreme të motit (shi, borë, stuhi, të nxehtë) në fushat e jashtme të lojrave.

- 52 shkolla (41.6%) nuk lejonin fëmijët të përdorin mjediset e jashtme sportive

jashtë orëve të mësimi. Edhe më i lartë është numri i shkollave (94 të tilla ose 75% e tyre) që nuk i lejonin fëmijët të përdorin palestrën e brendshme jashtë orëve të mësimi. (Figura 8)

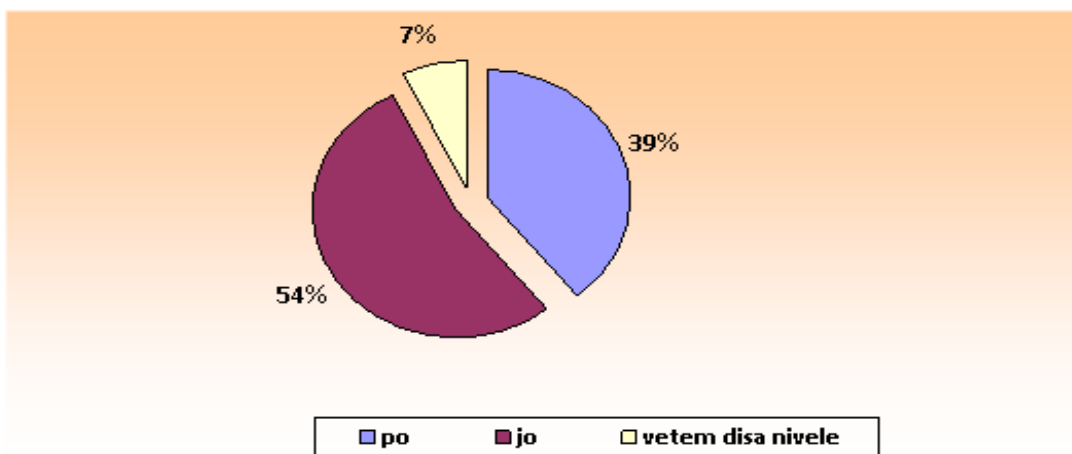
Figura 8: Shpërndarja e frekuentimit të mjediseve sportive të shkollave



Shumë i lartë është numri i shkollave (67 të tilla ose mbi gjysmat e shkollave të përfshira në studim) që pohojnë se nuk organizojnë ndonjë aktivitet sportiv/fizik së paku një herë në javë për fëmijët e ciklit të ulët jashtë orëve të mesimit ndërsa 9 prej tyre dekla-

rojnë kryerjen e veprimtarive të tilla vetëm për disa nivele klasash. (Figura 9) Vihet re se këto aktivitete të organizuara nga shkolla ndiqen me dëshirë nga më shumë se gjysma e fëmijëve (në 94 % të rasteve).

Figura 9: Shpërndarja e shkollave në bazë të aktiviteteve sportive që organizojnë



Lidhur me sigurinë e rrugës për në shkollë dhe në shtëpi që nxënësit të mund të ecin ose të ngasin biçikletën, stafi drejtues/pedagogjik në 13.6% të rasteve mendon se këto rrugë janë shumë të sigurta (vlerësimi 1-3), ndërkohë që 31% e tyre i mendojnë ato

si shumë të pasigurta (vlerësimi 8-10). (Tabela 45) Vihet re i njëjti vlerësim (rreth 31%) përsa i përket opinionit mbi rrugë shumë të pasigura në raport me vendodhjen e shkollave në zone urbane apo rurale.

Tabela 46: Shpërndarja e opinionit të stafit drejtues/ pedagogjik mbi sigurinë rrugore

Shkalla e sigurisë në rrugë	Numër	Përqindje	Përqindja kumulative
1 (shumë e sigurt)	4	3.2	3.2
2	4	3.2	6.4
3	9	7.2	13.6
4	8	6.4	20.0
5	31	24.8	44.8
6	17	13.6	58.4
7	13	10.4	68.8
8	15	12.0	80.8
9	7	5.6	86.4
10 (shumë e pasigurt)	17	13.6	100.0
Totali	125	100.0	

Pjesa më e madhe e shkollave (108 shkolla ose (86.4% e tyre) e raportojnë edukimin mbi ushqyerjen (qoftë si orë të veçantë, ose si orë të integruara në lëndë të tjera) pjesë të kurrikulës së tyre shkollore. Lidhur me qasjet e fëmijëve në mjediset e

shkollës për një sërë ushqimesh dhe pijesh, vihet re një rënie e theksuar e disponueshmërisë për ushqime dhe pije të shëndetshme në mjediset shkollore veçanërisht ujë, fruta të freskëta, perime të freskëta, lëngje frutash pa sheqer etj. (Tabela 46)

Tabela 47: Shpërndarja e ushqimeve/pijeve (%) me akses për nxënësit në mjediset e shkollës së tyre

Lista e ushqimeve/pijeve	Pa pagesë	Me pagesë	Nuk ofrohet
Uje	4.8	8.8	86.4
Caj	0	3.2	96.8
100 % lëng frutash pa sheqer te shtuar.	0	2.4	97.6
Lëngje frutash ose pije të tjera pa sheqer të shtuar.	0	20.8	79.2
Pije të gazuara që përmbajnë sheqer të shtuar.	0	22.4	77.6
Qumësht I aromatizuar me sheqer të shtuar	0	4	96
Pije të ngrohta (kakao, caj, qumësht)	0	4	96
Qumësht, kos, dhalle	0	3.2	96.8
Pije freskuese (përfshirë lëngje frutash dhe qumësht I aromatizuar)	0	1.6	98.4
Pije energjike	0	24	76
Fruta të freskëta	0	18.6	81.6
Perime	0	24.8	75.2
Cokollata, karamеле, kek, biskota me drithra, biskota të ëmbla/ose pasta.	0	4.8	95.2
Akullore	0	7.2	92.8
Të tjera (byrek, sanduiç , hamburger, pica)	0	16.8	83.2

Një shkollë raporton të ketë mensë për fëmijë, 2 shkolla kanë dyqan ose lokal ku mund të blihen ushqime ose pije, asnjë shkollë nuk zotëron automjete për blerjen e ushqimeve/pijeve.

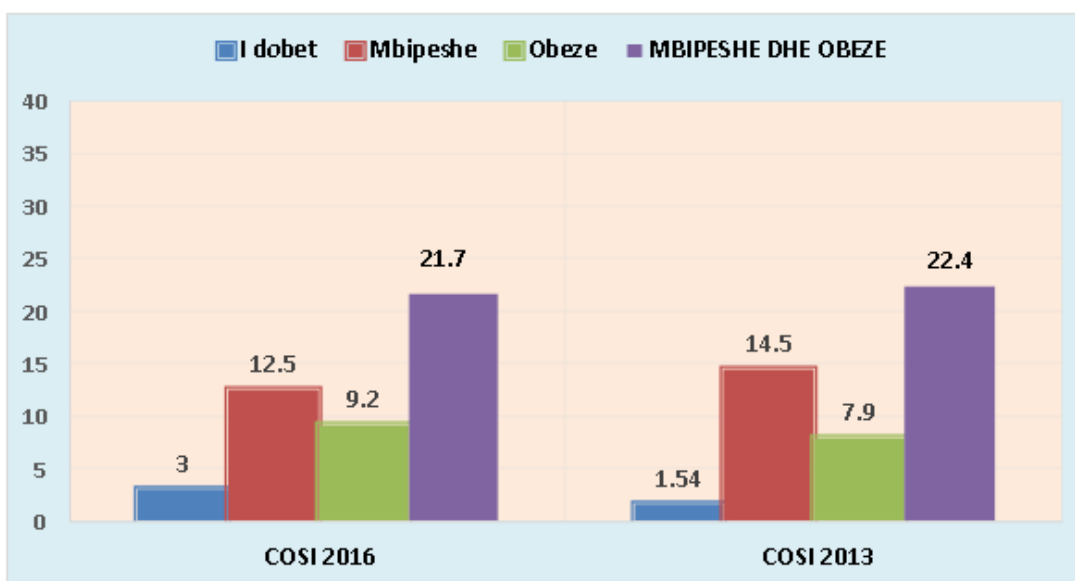
Në 17 shkolla drejtuesit raportuan praninë e reklameve apo marketingut të ushqimeve dhe pijeve që mund të dëmtojë promovimin e dietës së ekuilibruar dhe të shëndetshme në mjediset e shkollës së tyre.

12. PËRFUNDIME

Duke qenë se ky studim zbatohet për herë të dytë në Shqipëri, (bazuar në zbatimin e të njëjtit protokoll standard të mbledhjes së të dhënave për vlerësimin e obezitetit fëmënor, të hartuar nga OBSH-ja, zyra për Evropën), ai bën të mundur krahasimin e të dhënave të përftuara jo vetëm me vendet e tjera evropiane anëtare të COSI-t por lejon edhe analiza longitudinale të obezitetit fëmënor në nivel kombëtar. Zbatimi i të njëjtit protokoll edhe në studimin e vitit 2013 lejon vlerësimin në kohë të trendit të obezitetit fëmënor në nivel kombëtar.

- Nga rezultatet përfundimtare të këtij raundi 21.7% e fëmijëve të matur rezultoi mbipeshë (përfshirë edhe obezitetin) prej të cilëve 9.2% e tyre ishin obezë (sipas vlerave cut-off të OBSH-së). E krahasuar me situatën e paraqitur në studimin e vitit 2013 rezultati më i rëndësishëm i këtij studimi ishte **tendenca e uljes së mbipeshës** (përfshirë edhe obezitetin) nga 22.4% në 21.7%, si dhe **rritja e numrit të fëmijëve obezë** (9.2%) krahasuar me të dhënat e vitit 2013 (7.9%) (Figura 10).

Figura 10. Shpërndarja e fëmijëve të moshës 8-8.99 vjeç (në %) në bazë të BMI-së përgjatë dy studimeve, (sipas_OBSH-së)



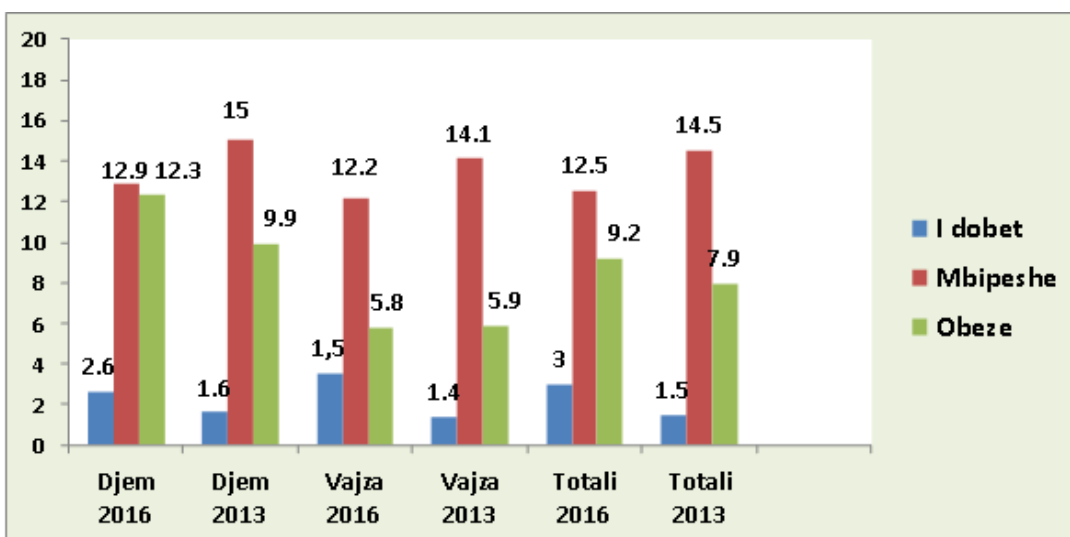
Gjendja nutricional e fëmijëve sipas gjinisë edhe në këtë raund ka ruajtur të njëjtin trend përsa i përket numrit më të madh të fëmijëve

mbipeshë ose obezë mes meshkujve në raport me femrat (Figura 11). Krahasuar me vitin 2013 ka një ulje të mbipeshës por një

rritje të ndjeshme të obezitetit mes djemve në këtë raund (respektivisht 12.9% djem mbipeshë kundrejt 15% në vitin 2013, dhe 12.3% djem obezë kundrejt 9.9% në vitin 2013). Të dhënat e BMI-së mes vajzave ofrojnë një situatë të përmirësuar në këtë

raund në raport me vitin 2013. Prandaj kërkuesit shkencorë lypset të bëjnë vëzhgime dhe analiza më të detajuara të faktorëve të mundshëm që kanë sjellë një situatë të tillë, të përkeqësuar nutricionale mes djemve në raport me vajzat.

Figura 11. Shpërndarja e fëmijëve të moshës 8-8.99 vjeç (ne %) në bazë të BMI-së dhe gjinisë përgjatë dy studimeve, (sipas OBSH-së)



- Të dhënat e fundit në nivel evropian të raportuara nga OBSH-ja për fëmijët e moshës 6-9 vjeç treguan se prevalenca e mbipeshës (përfshirë obezitetin, vlerësuar me cu-off te OBSH-së), shkante nga 18% në 57% mes djemve dhe nga 18% në 50% mes vajzave; ku 6-31% e djemve dhe 5-21% e vajzave qenë obeze. Kështu shpërndarja gjinore e mbipeshës dhe obezitetit mes fëmijëve tanë dhe atyre europiane është e ngjashme.

Vendet e Evropës Jugore rezultuan të kishin mbizotërimin më të lartë mbipeshës. Ishte vënë re një rënie domethënëse e përhapjes së mbipeshës në Itali, Portugali dhe Slloveni dhe rritjen e konsiderueshme në Letoni dhe Norvegji. Një tendencë të tillë shprehin

edhe të dhënat e dy studimeve tona por me një korrelacion jo domethënës.

- Ndonëse konsumi i përditshëm i mëngjesit është pjesë e një dietë të shëndetshme dhe kontribuon në cilësinë dhe sasinë e marrjes ditore dietike të një individi, të dhënat e këtij studim, sikurse ai i vitit 2013, paraqiten të njëjtën situatë të kapërcimit të këtij vakti të rëndësishëm (në 28.5% të fëmijëve, sipas vet raportimit të tyre dhe 24.8% sipas raportimit të prindërve të tyre).

- Numri i fëmijëve që nuk kanë konsumuar mëngjes sipas gjinisë nuk paraqiti ndonjë diferencë të dukshme (28.2% e vajzave kundrejt 28.7% e djemve). Ndërsa mes zonave urban/ rurale rezultuan pa konsum të vaktit të mëngjesit 27% e fëmi-

jëve nga zona urbane dhe 31.4 % nga zona rurale. Tendenca e moskonsumimit të mëngjesit në 2013, ndryshe nga sa më lart, u ndesh pak më e lartë tek femrat në raport me meshkujt, si dhe në zonat urbane në raport me zonat rurale

- Pirja e konsumit të mëngjesit mes fëmijëve në lidhje me gjendjen e tyre nutricionalë, u paraqit e ngjashme pavarësisht vlerave cut-off të përdorura për vlerësimin e BMI-së dhe pa ndonjë ndryshim statistikisht sinjifikativ në nivelin e konsumit të mëngjesit mes fëmijëve me peshë normale dhe atyre me mbipeshë dhe/ose obezë referuar vlerave cut-off të OBSH-së ($P=0.641$). Gjithashtu ky trend korrespondon edhe me atë të vitit 2013 ku nuk u konstatua ndonjë korrelacion domethënës mes konsumimit të mëngjesit dhe gjendjes nutricionalë të

fëmijëve, por atëherë u vu re se me rritjen e BMI-së rritej edhe numri i fëmijëve që nuk konsumonin mëngjes, më e theksuar kjo prirej tek fëmijët obezë.

- Një rezultat me ndryshim statistikisht shumë sinjifikativ (domethënës) u gjet midis prevalencës së obezitetit dhe kohës së matjeve antropometrike ($P=0.002$). Fëmijët e matur para dreke kishin një prevalencë të obezitetit sinjifikativisht më të lartë në krahasim me fëmijët e matur pas drekës (9.7% vs. 8.3%, përkatësisht). Nga një analizë më e detajuar e këtij korrelacioni edhe me konsumin e mëngjesit themi se kjo marrëdhënie mund të jetë pasojë e mos konsumimit të mëngjesit i cili rezultoi më i lartë mes fëmijëve të matur paradite në raport me ata pasdreke (Tabela 47).

Tabela 48: Shpërndarja e fëmijëve (%) në bazë të BMI-së , konsumit të mëngjesit dhe kohës së matjeve (OBSh)

Konsumi i mëngjesit				Koha e matjeve të fëmijëve		Totali
				Para dreke	Pas dreke	
JO	BMI_OBSH	I dobët	numër	27	5	32
			%	84.4%	15.6%	100.0%
		mbipeshë	numër	91	20	111
			%	82.0%	18.0%	100.0%
		obezë	numër	72	15	87
			%	82.8%	17.2%	100.0%
		normal	numër	632	98	730
			%	86.6%	13.4%	100.0%
	Total		numër	822	138	960
			%	85.6%	14.4%	100.0%
PO	BMI_OBSH	I dobët	numër	46	23	69
			%	66.7%	33.3%	100.0%
		mbipeshë	numër	142	170	312
			%	45.5%	54.5%	100.0%
		obezë	numër	132	91	223
			%	59.2%	40.8%	100.0%
		normal	numër	957	850	1807
			%	53.0%	47.0%	100.0%
	Total		numër	1277	1134	2411
			%	53.0%	47.0%	100.0%
Totali	BMI_OBSH	I dobët	numër	73	28	101
			%	72.3%	27.7%	100.0%
		mbipeshë	numër	233	190	423
			%	55.1%	44.9%	100.0%
		obezë	numër	204	106	310
			%	65.8%	34.2%	100.0%
		normal	numër	1589	948	2537
			%	62.6%	37.4%	100.0%
	Totali		numër	2099	1272	3371
			%	62.3%	37.7%	100.0%

- Analiza e formularit të plotësuar nga prindërit tregoi një ndryshim statistikisht shumë sinjifikativ në prevalencën e obezitetit në varësi të peshës së lindjes së fëmijëve ($P < 0.001$). Kështu, fëmijët e lindur me

peshë < 2500 gram kishin një prevalencë të obezitetit (3.2%) shumë më të ulët në krahasim me fëmijët e lindur me peshë 2500-4000 gram (9.8%), të cilët nga ana e tyre kishin një prevalencë më të ulët të obezitetit në

krahasim me fëmijët e lindur me peshë ≥ 4000 gram (21.6%). E njëjta situatë edhe për prevalencën e mbipeshës: 7.5%, 14.9% dhe 22.7%, përkatësisht.

- Shumë e lartë rezultoi përqindja e raportuar e fëmijëve që ishte ushqyer ndonjëherë me qumësht gjiri (95.5%).

- Ushqyerja vetëm me gji është e rekomanduar përgjatë gjashtë muajve të parë të jetës, sepse qumështi është i pakontaminuar dhe përmban të gjitha ushqyesit e nevojshëm për fëmijët në këtë grupmoshë. Gjithashtu, antitruapat e pranishëm në qumështin e nënës sigurojnë imunitet të konsiderueshme ndaj sëmundjeve.

Mes fëmijëve të ushqyer me gji 67.7 % e tyre ishin ushqyer vetëm me gji, por me periudha të ndryshme kohëzgjatjeje (42% për 0-3 muaj, 11.7% për 4-5 muaj, dhe vetëm 4.3% e tyre gjashtë muaj ose më gjatë). Krahasuar me të dhënat e fundit të ADHS-së ku në përgjithësi, gjysma e fëmijëve të moshës 0-3 muaj dhe 39,4 për qind e fëmijëve të moshës 4-5 muaj ushqeheshin ekskluzivisht me gji, vihet re një raportim më i ulët nga ana e prindërve i ushqyerjes vetëm me gji në foshnjëri të fëmijëve të studimit tonë.

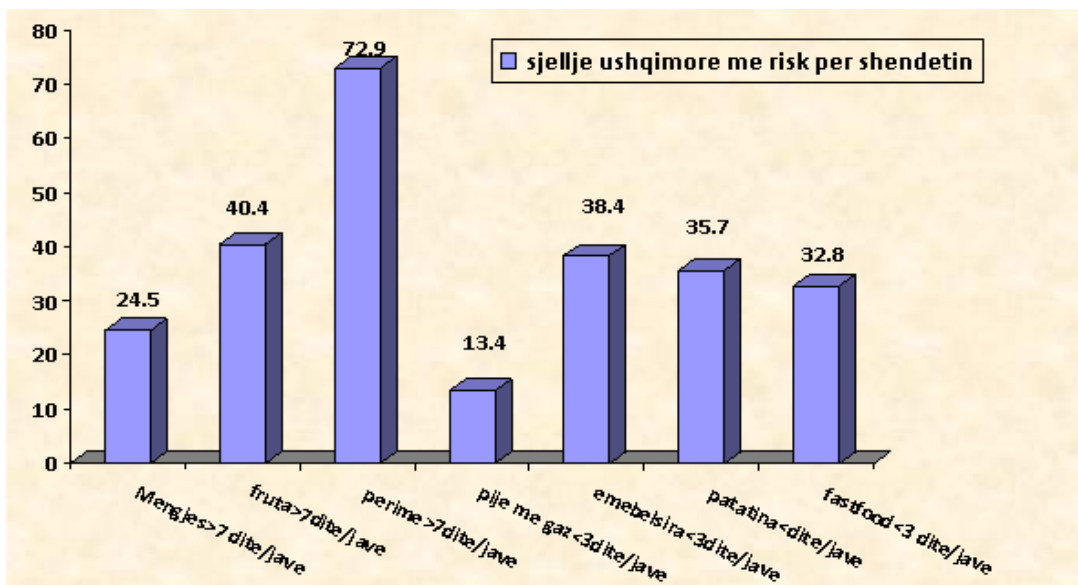
Mesatarja e ushqyerjes vetëm me gji rezultoi 4.7 muaj, më e lartë me zonën rurale (4.93 muaj) në raport me atë urbane (4.63 muaj).

- Mbi 56.7% e prindërve e konsiderojnë infrastrukturën rrugore shumë të pasigurt që fëmija i tyre të mund të ecë në këmbë ose me biçikletë nga shkolla për në shtëpi dhe anasjelltas, ndërkohë vetëm 13.5% e tyre mendojnë se ato janë shumë të sigurta.

Lidhur me këtë çështje të njëjtën konsideratë jep edhe stafi drejtues/pedagogjik pasi 31% e tyre i mendojnë ato si shumë të pasigurta ndërsa 13.6% e stafit i mendon këto rrugë shumë të sigurta, Duket qartë se prindërit janë më të pakënaqur dhe ndihen më të pasigurt lidhur me përdorimin e rrugëve nga ana e fëmijëve të tyre.

- Prindërit pohojnë se një numër jo i vogël fëmijësh manifestojnë sjellje me risk për shëndetin lidhur me konsumin e munguar të mëngjesit apo të mangët të disa ushqimeve të shëndetshme si frutat dhe perimet, si dhe konsumin e lartë të disa ushqimeve dhe pijeve me vlera të larta energjetike dhe të mangëta nutricionalë. (Figura 12)

Figura 12: Shpërndarja e fëmijëve (%) sipas frekuencës të konsideruar me risk shëndetësor të konsumit të raportuar nga prindërit të disa ushqimeve dhe pijeve.



Nëse i referohemi të dhënave të raportuara nga stafi pedagogjik lidhur me qasjet e fëmijëve në mjediset e shkollës për një sërë ushqimesh dhe pijesh, bie në sy një rënie e disponueshmërisë për ushqime dhe pije në përgjithësi pasi vetëm një shkollë raporton të ketë mensë për fëmijë, 2 shkolla kanë dyqan ose lokal ku mund të blihen ushqime ose pije dhe asnjë shkollë nuk zotëron automate për blerjen e ushqimeve /pijeve.

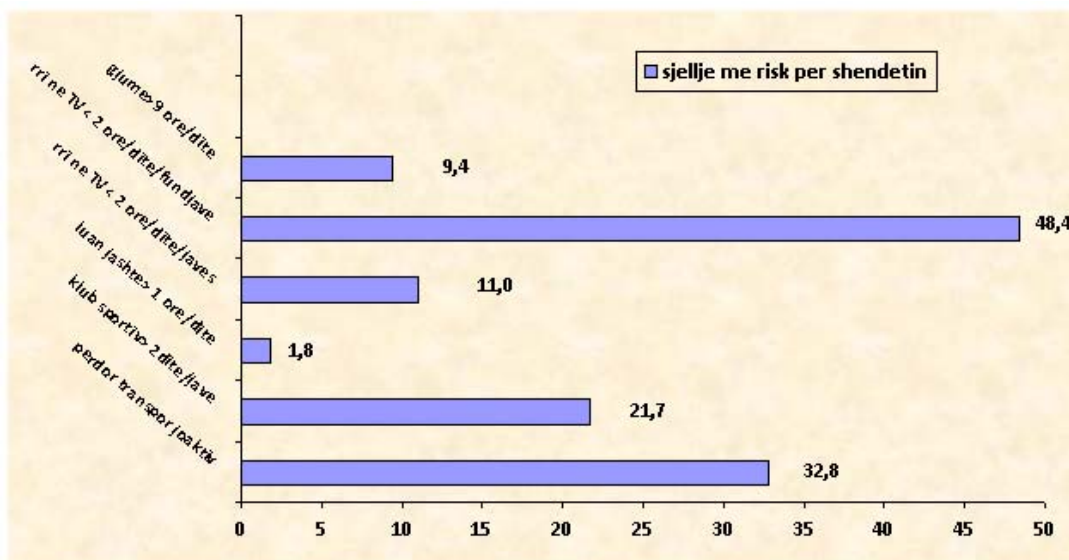
- Vlen të theksohet veçanërisht qasja për ujë të pijshëm në shkolla ku vetëm 6 shkolla mundësojnë ujë të pijshëm falas për fëmijët ndërsa në 108 shkolla nuk ka asnjë mundësi sigurimi uji të pijshëm qoftë edhe me pagesë.

- Shqetësuese u paraqit pohimi nga ana e 17 drejtuesve të shkollave lidhur me praninë e reklamave apo marketingut të ushqimeve dhe pijeve që mund të dëmtojë promovimin e dietës së ekuilibruar dhe të shëndetshme në mjediset e shkollës së tyre.

- Gjithashtu 17 shkolla raportojnë mungesë totale të programeve të edukimit mbi ushqyerjen (qoftë si orë të veçantë, ose si ore të integruara në lëndë të tjera) .

- Ushqyerja e ekuilibruar është një element i rëndësishëm por i pamjaftueshëm për të rritur fëmijë të shëndetshëm, pasi të qenurit fizikisht aktiv është po aq i rëndësishëm për një shëndet të plotë fizik, mental e social. Referuar sjelljeve me risk shëndetësor përsa i përket të qenurit aktiv të fëmijëve, shifër alarmante paraqitet mospërfshirja në aktivitete të ndryshme sportive e mbi 56% të fëmijëve të prindërve të intervistuar. Edhe mes atyre që frekuentojnë një klub sportive, një në pesë fëmijë kryen një aktivitet fizik të pamjaftueshëm (më pak se 2 orë në javë), ndërkohë ata që shpenzojnë më shumë se 2 orë para TV apo lojrave elektronike varion në vlera shqetësuese nga 11% gjatë ditëve të shkollës në 49% në fundjavë. (Figura 13)

Figura 13: Shpërndarja e fëmijëve (%) sipas frekuencës së sjelljes ndaj aktivitetit fizik të konsideruar me risk shëndetësor (sipas raportimeve nga prindërit).



- Ka prova të bollshme që mbështesin idenë se qëndrimet e fëmijës ndaj zakoneve të shëndetshme të jetesës janë të lidhura në mënyrë të konsiderueshme me ato të prindërve të tyre. Përshkrimi më i zakonshëm i socializimit që ndodh mes fëmijës dhe prindit referohet si modeli prindëror. Prindërit ndikojë fuqishëm në stilin e jetesës së fëmijëve të tyre. Kjo shkon përtej ushqimit që ata ofrojnë për fëmijët e tyre dhe aktiviteteve që ata i nxisin për të bërë. Ata ndikojnë tek fëmijët në mënyrën se si i ushqejnë, në mënyrën se si ata e paraqesin veten si modele rolesh, ndikojnë nëpërmjet ushqimeve dhe aktiviteteve që ata u vënë në dispozicion dhe i bëjnë të arritshme në shtëpi, dhe stilit të prindërimit që ata zbatojnë. Ndoshta strategjia më efektive që mund të funksionojë për trajtimin e obezitetit në fëmijëri është që të punohet me prindërit, që ata të ndihmohen se si të veprojnë me fëmijët e tyre të vegjël për një fillim të shëndetshëm për jetën.

Për këtë, pikë së pari, është mirë që prindërit të kenë njohuritë e duhura dhe zotërojnë aftësitë e nevojshme lidhur me stilin e jetesës së shëndetshme për veten e tyre, që të mund të forcojnë aftësitë e tyre prindërore dhe të zhvillojnë një qasje autoritare përkundrejt stilit të jetesës së fëmijës së tyre.

- Pyetësi i prindit u plotësua në mbi 75% të rasteve nga nëna e fëmijës duke treguar se në familjet shqiptare nëna vazhdon të luajë rol thelbësor në kujdesin për mirërritjen dhe edukimin e fëmijëve.

- Mes të intervistuarve një në tre të intervistuar rezultoi mbipeshë, dhe një në dhjetë obezë. Mbipesha mes meshkujve (52%) ishte dy herë më e lartë në krahasim me femrat (25%). Një në pesë të intervistuar pohoi të jetë i diagostikuar me hipertension, dhe rreth 16 % e tyre me diabet dhe/ose hiperkolesterolemi.

- Rreth gjysma e të intervistuarit deklaruan se kanë një familje me mesatarisht katër anëtarë

(dy të rritur e dy nën 18 vjeç). Pjesa më e madhe e tyre punojnë në sektorin privat ose si të vetpunësuar, dhe një në dhjetë rezultoi i papunë. Katër në pesë familje jetojnë në një shtëpi në pronësi të tyre. Ka një korrelacion të drejtë të hasjes së vështirësive ekonomike me shkallën e ulët të arsimimit të prindërve.

- Ka një perceptim të gabuar të prin-

dërve të fëmijëve mbipeshë dhe obezë mbi gjendjen nutricionalë të fëmijëve të tyre, ku prirja është që fëmija të konsiderohet më i dobët nga çfarë është realisht. Kështu vetëm 14% e prindërve të fëmijëve obezë vlerësojnë realisht këtë gjendje, ndërsa 24.6% e tyre e konsiderojnë fëmijën e tyre normal dhe 61.4% e konsiderojnë pak mbipeshë.

REKOMANDIME

- Të hartohen programe të promocionit të shëndetit për fëmijët në luftën kundër obezitetit fëmisor, që synojnë ndryshimin e sjelljes më shumë sesa dhënien e informacionit të zhveshur (i cili shpesh jep pak ose aspak impakt në atë çka njerëzit duhet të bëjnë), me një qasje holistike në përfshirjen e shumë aktorëve për zbatimin e tyre.

- Të njihen/identifikohen grupet e fëmijëve me nevoja të veçanta dhe risk më të lartë për obezitet (për rrethana të ndryshme); dhe të kryhet hartimi e zbatimi me mëntesitet i programeve të promocionit për ta.

- Të krijohen mjedise të përshtatshme dhe një infrastrukturë e sigurt për të patur fëmijë aktivë.

- Të sigurohet angazhim i qëndrueshëm politik me bashkëpunim të shumë aktorëve publikë dhe privatë; për të bërë të mundur që individët të bëjnë aktivitet të rregullt fizik dhe zgjedhjet më të shëndet-

tshme të dietës në dispozicion, të përballueshme dhe lehtësisht të arritshme për të gjithë - veçanërisht për individët më të varfër.

- Të gjenden dhe përdoren mjete të metejshme motivuese dhe efektive për të mbështetur në mënyrë konstante tendencën e rritjes së numrit të fëmijëve obezë për të frekuentuar klube sportive (të ndeshur në të dhënat e analizës së këtij studimi)

- Të nxitet përfshirja në këto aktivitete sportive e fëmijëve me një numër gjithmonë e më të rritur deri në gjithpërfshirje, pavarësisht gjendjes së tyre nutricionalë, (në përputhje me nevojat e tyre dhe rekomandimet e OBSH-së për patur fëmijë aktive e të shëndetshëm).

- Të organizohen klase aktive në orët e edukimit fizik në shkollë dhe me pjesëmarrje entuziaste të fëmijëve.

- Të futen në të gjitha shkollat e sistemit 9-vjeçar programet e edukimit mbi ushqyerjen (qoftë si orë të veçantë, ose si orë

të integruara në lëndë të tjera) si pjesë e kurrikulës së tyre shkollore.

- Të zbatohen metoda efektive të promocionit mbi nevojën e ushqyerjes së shëndetshme përgjatë gjithë jetës tek nxenesit e shkollave që në nivelet e tyre të para të edukimit, me qëllim uljen e riskun për kultivimin e zakoneve jo të mira ushqyese tek fëmijët që në moshë të hershme.

- Të inkurajohen prindërit në modelimin e sjelljeve të shëndetshme për atë çka ata hanë dhe si e hanë, ashtu edhe për nivelin e aktivitetit fizik që ata ushtrojnë, pasi ky model është ai çka fëmijët e tyre perceptojnë, përpiqen të imitojnë dhe praktikojnë edhe vetë. Sa më i rritur është një fëmijë aq më shumë modeli i tij ushqimor i përafrohet atyre të prindërve të tij.

- Të inkurajohet një qasje e të gjithë familjes në përfshirjen për një ushqyerje dhe jete aktive të shëndetshme.

- Të rritet pranimi dhe konsumi i frutave dhe perimeve nga ana e fëmijëve

- Të sigurohet një qasje në të gjitha mjediset, ku gjenden fëmijë, për ujë të pijshëm dhe të inkurajohet konsumi i mjaftueshëm ditor i tij, sipas nevojave të çdo fëmije.

- Të ulet qasja për ushqime dhe pije të ëmbla që në moshë të hershme të fëmijës, kur sapo fillon ushqyerja plotësuese e tij, si dhe të reduktohet disponueshmëria e ushqimeve me përmbajtje të lartë kalorike në shtëpi apo mjedise të tjera si shkolla/ qendra argëtimi për fëmijë, etj. ku gjenden fëmijë.

- Të inkurajohen fëmijët për të shkuar në shkollë me këmbë ose biçikletë, për t'u përfshirë në klube sportive apo për të marrë pjesë rregullisht në aktivitete periodike sportive.

- Të kontrollohet dhe reduktohet sjellja sedentare dhe kohëqëndrimi i gjatë i fëmijëve para TV ose mjeteve të tjera elektronike, si dhe të mos lejohet konsumi i ushqimit gjatë qëndrimit në to.

- Të inkurajohen fëmijët të bëjnë gjumë të mjaftueshëm dhe të mirë.

- Të rritet efektiviteti i punonjësve të shëndetit në identifikimin në kohë të fëmijëve me risk për obezitet, si dhe të rrethanave (familjare, sociale, shtatzania, ngjarje të fëmijërisë së tyre që nga lindja, etj) që ndikojnë në këtë risk.

- Të mbështeten punonjësit e shëndetit me prodhimin e udhëzuesve lidhur me riskun për obezitet dhe faktorët që ndikojnë në shfaqjen dhe instalimin e obezitetit.

- Të trajnohen punonjësit e shëndetit lidhur me identifikimin e saktë të mbipeshës dhe obezitetit.

- Të trajnohen punonjësit e shëndetit si të ndihmojnë prindërit në ndryshimet që duhet të zbatojnë për të mos lejuar zhvillimin e obezitetit tek fëmija i tij.

- Të zbatohen iniciativa periodike tëurvejancës së obezitetit fëmimor, që lejojnë vlerësimin aktual të gjendjes dhe atë longitudinal, me qëllim hartimin dhe zbatimin e metodave efektive të ndërhyrjeve për korrigjim.

- Të hartohen dhe miratohen ligje të shëndetit publik që synojnë të ndryshojnë mjedisin, në të cilin jetojmë, në favor të trajtimit me sukses të obezitetit. Mbetet për t'u parë nëse ndryshime të tilla në politikat publike si p.sh.- *një taksë mbi pijet dhe ushqimet me sheqer*—do të ndikojnë tek zakonet ushqyese apo thjesht do të sjellin më shumë të ardhura për tregtuesit.

- Që strategjitë e ndërhyrjes të jenë efektive duhet të shkojnë përtej individëve, duke iu adresuar rrjeteve sociale, institucioneve të komunitetit dhe politikave qeveritare.

13. FALËNDERIM

Një falënderim i veçantë i drejtohet:

- Organizatës Botërore të Shëndetësisë, Zyrës së Tiranës dhe Zyrës për Evropën që në sajë të mbështetjes së gjerë teknike dhe financiare bënë të mundur realizimin me sukses të këtij studimi.
- Ekipit kombëtar të koordinimit të studimit.
- Fëmijëve të mrekullueshëm, të cilët pa hezitur asnjëherë u bënë bashkëpunëtorët tanë më të mirë në këtë ndërmarrje të përbashkët.

Falënderojmë gjithashtu për kontributin e çmuar:

- Ministrinë e Shëndetësisë
- Ministrinë e Arsimit dhe të Sportit
- Drejtoritë Arsimore Rajonale
- Stafin drejtues dhe pedagogjik, si dhe punonjësit e kujdesit shëndetësor të shkollave në studim
- Të gjithë personelin e përfshirë në zbatimin e studimit

Zbatimi i këtij studimi u bë i mundur në sajë të financimit të kryer nga Instituti i Shëndetit Publik dhe Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh)

Referencat

1. Assessment of Child and Adolescent Overweight and Obesity Nancy F. Krebs, MD, MSa, John H. Himes, PhD, MPHb, Dawn Jacobson, MD, MPHc, Theresa A. Nicklas, DrPHd, Patricia Guilday, RNe, Dennis Styne, MDp 2.
2. Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2005;116 (1). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/1/e125
3. Must A, Strauss RS. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999;23(suppl2):S2–S11
4. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, et al. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child*. 2003;88:748–752
5. Childhood overweight and obesity on the rise. Commission on Ending Childhood Obesity <http://www.who.int/end-childhood-obesity/en/>.
6. Vleresimi i obezitetit dhe mbipeshes ne moshen feminare. http://www.ishp.gov.al/multimedia/Vleresimi_%20i_%20Obezitetit_%20ne_%20moshen_feminore_V2.pdf.
7. Adult Obesity Causes & Consequences <http://www.cdc.gov/obesity/adult/causes.html>.
8. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/.
9. R. A. Waterland, Epigenetic epidemiology of obesity: Application of epigenomic technology, *Nutrition Reviews* 66 (2008): S21–S23.
10. J. Wardle and coauthors, Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment, *American Journal of Clinical Nutrition* 87 (2008): 398–404.
11. C. M. Lindgren and M. I. McCarthy, Mechanisms of disease: Genetic insights into the etiology of type 2 diabetes and obesity, *Nature Clinical Practice. Endocrinology & Metabolism* 4 (2008): 156–163.
12. A. Newell and coauthors, Addressing the obesity epidemic: A genomics perspective, *Preventing Chronic Disease* 4 (2007): 1–6;
13. R. J. F. Loos and T. Rankinen, Gene-diet interactions on body weight changes, *Journal of the American Dietetic Association* 105 (2005): S29–S34;
14. S. Tholin and coauthors, Genetic and environmental influences on eating behavior: The Swedish Young Male Twins Study, *American Journal of Clinical Nutrition* 81 (2005): 564–569..
15. UNICEF, WHO, World Bank. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank joint child malnutrition estimates. UNICEF, New York; WHO, Geneva; World Bank, Washington DC: 2015.
16. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr*. 2006;Suppl 450:76–85.
17. Ending childhood obesity Report of the commission on ending childhood obesity. WHO 2016 www.who.int/end-childhood-obesity/en.
18. World Health Organization / Europe. European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). 2010. Accessed March 6, 2012.
19. OBSH Childhood Obesity Surveillance Initiative Dr. João Breda, OBSH - Regional Office for Europe. http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/ev20120209_co03_en.pdf.
20. Albania Demographic and Health Survey 2008-09 <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR230/FR230>
21. Facts about overweight and obesity (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>)
22. Ezzati M et al. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization, 2004.
23. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC, AICR, 2007.
24. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl 1):4–104.
25. Global status report on noncommunicable diseases

2010. Geneva, World Health Organization, 2011. Available at: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ [accessed February 2012].
26. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Report 2002. Geneva, World Health Organization, 2005.
27. Branca F, Nikogosian H, Lobstein, T, eds. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf, accessed 30 September 2015).
28. Hyska J, Mersini E, Mone I, Burazeri G, "Prevalence and Demographic Correlates of Overweight and Obesity Among Children in a Transitional Southeastern European Population." J Community Health. 2014 May 31. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24878613>
29. German RR et al. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the Guidelines Working Group. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2001, 50:1–35
45. Wilkinson JR et al. Surveillance and monitoring. Obesity Reviews, 2007, 8(Suppl. 1):23–29
30. (WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative Protocol, version October 2015
31. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative, PDF, 5-6 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/258781/COSI-report-round-1-and-2_final-for-web.pdf?ua=1)
32. Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana" (botimi 2003) www.inran.it/files/download/linee_guida/linee_guida_intro.pdf
33. Trudy MA Wijnhoven, Joop MA van Raaij et al. (2015) WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: health-risk behaviours on nutrition and physical activity in 6–9-year-old schoolchildren. Public Health Nutrition: 18(17), 3108–3124)
34. Lehungue Y. The European Childhood Obesity Group (ECOG) project: the European collaborative study on the prevalence of obesity in children. American Journal of Clinical Nutrition, 1999, 70(Suppl.):166S–168S.
35. Janssen I et al. Utility of childhood BMI in the prediction of adulthood disease: comparison of national and international references. Obesity Research, 2005, 13:1106–1115
36. Rolland-Cachera MF et al. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. American Journal of Clinical Nutrition, 1994, 39:129–135).
37. Kim J et al. Incidence and remission rates of overweight among children aged 5 to 13 years in a district-wide school surveillance system. American Journal of Public Health, 2005, 95:1588–1594).
37. Bennet S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. World Health Stat Q 1991;44:98-106.
38. Currie C et al., eds. Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO cross-national study. Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, University of Edinburgh, 2002)
39. Associations between parental BMI, socioeconomic factors, family structure and overweight in Finnish children: a path model approach BMC Public Health, 2015, Volume 15, Number 1, <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1548-1>)
40. Knai, C.; Lobstein, T.; Darmon, N.; Rutter, H.; McKee, M. Socioeconomic Patterning of Childhood Overweight Status in Europe. Int. J. Environ. Res. Public Health 2012, 9, 1472-1489.)
41. Youfa Wang & Hyunjung Lim, (2012) The global childhood obesity epidemic and the association between socio-economic status and childhood obesity. International Review of Psychiatry 24:3, pages 176-188.)
42. OBSH European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). <http://www.euro.OBSH.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoringand-surveillance/OBSH-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>; ultima consultazione 3/5/2012
43. World Health Organization. World Health Organization Child Growth Standards. 2006. Accessed March 5, 2012),
44. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, World Health Organization, 1995 (WHO Technical Report Series, No.854; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf, accessed 3 July 2014)).
45. Tim J Cole Jt and al, Katherine M Flegal, Dasha Nicholls, Alan A Jackson. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey BMJ. 2007 July 28; 335(7612)
46. http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/
47. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf
48. Trudy MA Wijnhoven, Joop MA van Raaij et al. (2015) WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: health-risk behaviours on nutrition and physical activity in 6–9-year-old schoolchildren. Public Health Nutrition: 18(17), 3108–3124)

49. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/258781/COSI-report-round-1-and-2_final-for-web.pdf?ua=1
50. Wijnhoven et al.: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health* 2014 14:806.
51. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E et al. (editors) (2008) *Inequalities in Young People's Health*. Health Behaviour in School-Aged Children International Report from the 2005/ 2006 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; available at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf
52. http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_4865_rudolf_TacklingObesity1_210110.pdf
53. Heather M. Wintrup: "The Parents' Role in Childhood Obesity ", December, 2010 <http://digitalcommons.calpoly.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1016&context=psycdsp>

INSTITUTITI I SHËNDETIT PUBLIK:
Rr. Aleksandër Moisiu, Nr. 80, Tiranë, SHQIPËRI
E-mail: ishp@shendetesia.gov.al
Tel: 04 23 74 756, Fax: 04 23 70 058